

# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSEK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

**Mellékletei:** SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczy Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Verebélly Tibor: A rákbetegség kóroktana. 1078. lap.

Veszprémi Dezső: Közlemény a kolozsvári kir. tud.-egyetem kórboneztani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr. egyetemi tanár.) Bacillus fusiformis-szal, spirochaeta gracilis-szal és cladothrix putredogenes-szel végzett tenyésztési és állatkísérletek. Adatok a kísérleti gangraena bakteriológiájához és histogenesiséhez. 1082. lap.

Tárca. Lévai Ödön: Levél a távol idegenből. 1085. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. L. Bourget: Die Krankheiten des Magens und ihre Behandlung. — Lenhossék Mihály: Útmutatás az anatómiai gyakorlatokhoz. Lapszemle. Idegkórtan. P. Courbon: Benvenuto Cellini élete orvosi szempontból. — Sebészet. Mayo Robson: A gyomorrák sebészeti kezelése. — C. Beck: A fascia temporalis felhasználása koponyadefectusok fedésére. — Beck: A heretuberculosis miatt castráltak további sorsa. — Ringel: Heveny mechanikai leus. — Dönitz: Lumbális anaesthesia. — Gyermekorvosok. Ostermann: A meningococcus okozta

pharyngitis jelentősége a járványos nyakszirtmerevedés keletkezésében. — Bőr-kórtan. H. Degle: Antipyrin kapesán támadt szokatlan bőrkiütés. — Sutton: A bőr felszívóképessége. — Húgyászati betegségek. M. Jungano: Vesevérőér leköltése után a vesében keletkező szöveti elváltozások. — André: Egyszerű hypertrophiának a prostatectomia után várható kiújulása. — Kisebbségi közlemények az orvostudományról. Briess: Bromatol. — Herff: Az ophthalmoblennorrhoea neonatorum megelőzése. 1088—1091. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 1091. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 1092. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 1093—1096. lap.

Mellékletek. Török Béla: Jelentés a II. sz. belklinika s az új szent János-kórház fülgyógyászati rendeléséről 1903—1905.

F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Digalan“ és Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. czég „Novocain“ prospektusa.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A rákbetegség kóroktana.<sup>1</sup>

Irta: Verebélly Tibor dr.

A megtisztelő felszólítás, hogy a rák kóroktanának kérdését egy előadásban röviden összefoglaljam, szükségképen azon principiális kérdés elé állít, hogy a tudomány mai állása szerint jogosultnak tartom-e a carcinoma aetiologiáját mint külön fejezetet kihasítani a daganatok általános kóroktanából? Jogosultnak-e, mikor mint volt pathologusnak véremmé lett az a meggyőződés, hogy a rák egy módosulata, egy foka azon növényi sorozatnak, melyet általános élettörvények szabályoznak s mely a physiologikus regenerációkból felvisz a torzképződmények complicált világába?

S ha e feladattal megbirkózandó, ma Önök előtt bátor vagyok megjelenni, ez nem azt mondja, hogy a klinikai évek e meggyőződésemet, nevezzük onkológiai hitvallásomat, meg-ingatták. Az, hogy a rák nem *Rokitansky* értelmében egy általános rákos crasis vagy általános hámbetegség helybeli kivirágzása, hanem mint minden epithelioma a test praeformált ép hámsajtjeiből fejlődik, s hogy histologie ezekről csak a szaporodás intenzitásában, korlátatlanságában különbözik, ez ma nem lehet többé vita tárgya. De viszont kétségtelen, hogy ez a biológikus összefüggés nem jelenti az aetiologikus egységet is. A daganatok, tumorok, blastomák általános elnevezése alatt oly különböző értékű elemeket foglal össze ma a kórtan, hogy köztük más kapocs, mint az okuk ismeretlensége, nem található. Az a geniális kísérlet, melylyel *Albrecht* fejlődésmechanikai alapon egyöntetűséget akar behozni a daganatok közé, engem inkább arról győz meg, hogy a choristomák, hamartomák, organomák, mint ő nevezi, kizárandók a blastomák családjából, s hogy egy kis bőr- vagy májangioma, egy szemölcs, egy eltévedt mellékvese-sír, nem állítható mint oki aequivalens a rák mellé. Tagadhatatlan másrészt, hogy a rákot, vagy helyesebben mondva a rákos megbetegedéseket óriási abszolút és relatív gyakoriságuk,

cyklikus lefolyásuk, pusztító, romboló hatásuk folytán egy körképpé tömörítette a klinikai tapasztalat. S épen azért feltéve, hogy a növényi törvényeikben azonos folyamatok csakugyan egy emelkedő sort képeznek, logikailag egyáltalában nem hibás, ha az okok vizsgálatát a sor egyik vagy másik végén kezdjük el.

A rák kóroktanában mindenekelőtt tisztáznunk kell azt, hogy az utolsó évtizedek bámulatos munkássága a tényeknek egész sorozatát adta kezünkbe, a mely tények feltétlen vonatkozásban állanak a rák fejlődésével, keletkezésével. Fontos ezt hangsúlyozni, mert ma is sokszor hallunk még a rák hereditaer, traumatikus, irritációs elméletéről, ma, mikor e tényezők jelentősége nem theoria többé, hanem határozott tény. Hogy ez írási adathalmazban elgázodjunk, czélszerű általános kórtani elvek szerint két csoportra osztani.

Az első csoport azt mondja, hogy a szervezet általános alkotásában jelen kell lenni bizonyos tényezőknek, hogy valakiben itt vagy ott rák fejlődjék, más szóval, hogy a rákra hajlamossággal, általános dispositioval kell birni. Ennek a hajlamosságnak összessége a rákos constitutio. Teljesen igaza van *Hanseman*-nak, ha a constitutiót boneztani fogalommal akarja átalakítani, ha az erek, a bőr, a csontrendszer, a hámborítékok, a vér minőségéből akarja megmondani, hogy ez vagy az ember rákra, tuberculosisra, avagy köszvényre, sarkomára hajlandó-e. Érdekes ez irányban *Fraenkel* fejtegetése, a ki abból kiindulva, hogy paralytikusoknál aránylag ritka a rák — 1774 esztben csak 5-öt talált —, másrészt, hogy csaknem szabály az arteriosclerosis, azt gondolja, hogy a rákfejlődésnek feltétele a jó erezet. De viszont nem szabad elfelejtenünk, hogy a szervezet complicált alkatában lehetnek finom vegyi módosulatok, vegyi dispositiók, melyeket ma morphologie felismerni még nem tudunk. Az állati szervezetre nézve *Ehrlich* kísérletileg beigazolta, hogy a daganatok fejlődése bizonyos vegyi anyagok jelenlétéhez van kötve; az emberi pathologia azonban ma még a pontos és czéltudatos statistikákra van utalva, a melyek szerint a kor, a nem, a faj, az életmód, a foglalkozás, a vérmérséklet és az öröklött terheltség a tényezői ennek a rákos dispositionnak. Hogy persze ez adatok mennyire kétélűek, legyen szabad néhány példával bizonyítanom. Ismere-

<sup>1</sup> Előadta az orsz. rákértkezet 1906. év november 15-i ülésén.



tes *Paget* állítása, hogy valamennyi rákos betegnek  $\frac{1}{3}$ -a terhelt; ismeretes a híres *Broca*-féle rákos család is, a melyben 4 generáción belül 16-szor fordult elő rák; de ezzel szemben áll *Snow* statisztikája, a ki rákosokra 15.7%, egészségesekre pedig 17.19% rákos terheltséget mutatott ki. A nem jelentőségét illetőleg általános ugyan a tapasztalat, hogy a nők disponátabbak rákra, de míg *Williams* szerint 51 férfira 146 nő esik, addig *Haebertin* csak 41:47 arányszámot talál. *Leblanc* kimutatta, hogy a rák a húsevőknél gyakoribb s csakugyan *Beneke* is a táplálék túlságos nitrogén-phosphor-tartalmára gyanakodott, *Kerneuil* még épen a disznóhúst tartotta veszélyesnek; viszont *Hendley* kimutatta, hogy Indiában 102 rákos közül 61 abszolút vegetarianus volt. De ezek csak példák akarnak lenni arra, hogy ily adatgyűjtésnél önkényes általánosítás, kellő bírálat hiány folytán mily hibák csúszhatnak be, s nem vonnak le semmit abból a tényből, hogy az általános rákos dispositioval, mint *causa adjuvans* számolnunk kell.

A tények második csoportja, tovább menve, azt mutatja, hogy az ilyen hajlamos egyéneken bizonyos helybeli, egyébként ártatlan behatások rákot tudnak kiváltani, rákot tudnak megindítani. Más szóval, hogy a rákra nézve van helybeli dispositio, *causa movens* is. Első helyen állnak itt a) a különböző izgalmak, kivált ha hosszú időn át ismételtet hatnak be. A mechanikai, vegyi és thermikus ingereknek sokszor együttes szerepére példák: a pipacsutóra az ajakraknál, odvas fogak vagy fogsorok a pofa és nyelvráknál, epekövek az epehólyagráknál. A tenger melléki lakók arczrákja, a paraffinmunkások végtagrákja, a kéményseprők scrotumrákja, a szőrmunkások és bányászok tüdőrákja ma már közismert körképek. b) Az előbbiekkal sokszorosan összefonódva, részben a trauma és a rák fejlődése közé beiktatva szerepelnek a *gyuladások*. Ilyen, a rákot megelőző betegségek, mint *Bergmann* mondja, lehetnek florid idült, nem specifikus lobok: a bőrön seborrhoea, psoriasis, acne, Röntgen-dermatitis, a nyálkahártyákon idült hurut, a nyelven a lingua geographica, a májban a cirrhosis. Lehetnek specifikus lobok: a lupus, a syphilitikus gumma vagy fekély. Lehetnek lefolyt gyuladások termékei, hegei: bőrhegek, heges bőrsipolyok, gyomorfekély, húgyesőszűkület és sok más. c) A fejlődési rendellenességek különböző alakjai *Cohnheim* vizsgálatai óta szerepelnek mint rákosodásra hajlandó helyek: a branchiogen cystákból, urachusból, a dermoidcystákból sokszor fejlődik rák. d) A jóindulatú daganatoknak, mint verruca, naevus, xeroderma pigmentosum, atheroma, emlőbeli adenofibroma, bél és gyomorpolypusok, petefészek-cystadenomák ú. n. rákos elfajulása ma már sokszorosan hangoztatott, beigazolt tapasztalat. Mind e tényezők sokszerűségében egy közös jelleget állapított meg a góreső; azt, hogy behatásuk, megjelenésük helyén valamelyes hámtöbbletet teremtenek; ebben áll a szerepük. Jelentőségüket világítsa meg néhány szám. Epehólyagráknál 47 közül 41-ben talált *Zenker* epekövet; a gyomorrákok 16.5%-ban előzi meg *Kocher* statisztikája szerint fekély; a májrákoknál 10 eset közül 8-ban találtam *Pertik* tanár intézetében cirrhosist; 164 végtagrák közül *Volkmann* szerint 126 indult ki hegből, gyuladásból, fekélyből, 11 verrucából s csak 27 látszólag ép bőrből. Ez nem a véletlen játékát, hanem az okozati összefüggést bizonyítja.

De most fordítsuk meg a dolgot, s kitűnik, hogy a fent említett terheltségi arány ellenére 1000 lupusos közül csak 15 lesz rákos; hogy nincs ember, a kinek ne volnának pigmentfoltjai, apró naevusai, s aránylag mégis elenyészően ritka a melanocarcinoma; hogy a hullák 25%-ában találunk epekövet, s ebből csak 1% rákos. A kérdés tehát az, hogy rákra hajlamos embernél miért nem fejlődik minden hámszaporodásból, hámtöbbletből rák? S ebből logikus a következtetés, hogy az általános dispositio mellett a helybeli, kiváltó ok csak akkor indíthat meg rákot, ha ezeken kívül még valami van jelen, s hogy ez a rák tulajdonképeni oka, *causa efficiens*.

Theoretice két lehetőség áll előttünk; vagy kívülről járul valami a disponáló tényezők segítségére s ez fokozza a sejteknek burjánzó képességét, hogy korlátot, ellenállást legyőzve nőnek be a test hézagaiba; vagy a sejtekben magukban támad valami módon egy eladagolt nyugvó, rejtett képesség, a melyet ezek a kiváltó okok mintegy felszabadítanak. Az előbbi felvétel a *parasitaris*, az utóbbi a *cellularbiologikus* elméletek kiindulási pontja.

A mikor a bakteriumok felfedezése egy csapásra tisztázta

a pathologia egy hatalmas fejezetét, közelfekvő volt a gondolat, hogy e magyarázatot kiterjeszszük a rokon daganatokra is. S habár a specifikus parasita azóta is várat magára, magát az elméletet széles alapokon beigazoltak tartják a hívei. Utalnak mindenekelőtt arra, hogy a rák és a fertőző granulomák közt sokszoros analogia áll fenn. Meg van ez az analogia a két kór fejlődésében: egy pipás embernek a szája szögletében, ott a hol a csutorát szorongatja, egy kis pörsenése, sebe támad; ez lassanként megnő, megkeményszik, kifehélyesedik; egy idő múlva megduzzadnak a nyaki mirigyek, szétesnek, áttörnek s genyes-eves sipolyokká lesznek; ha azután végre a beteg elpusztul, belső szerveit telve találjuk kisebb-nagyobb göbökkel; nem ugyanaz ez, talán valamivel lassabb menetben, mint a tuberculosishoz, syphilishez jól ismert körképe? Meg van ez az analogia a toxicitásban: meghal egy lesóványodott, fakóarejú beteg, a kinek alig van felényi vörösvérsejtje, kifejezett a poikilocytosis s a vizelete fehérvérrel telt; s mindennek okául a gyomrában találunk egy kicsiny, alig tallérnyi, beszűródött rákos fekélyt, semmi mást; nem ugyanaz ez, mint mikor tetanusnál, diphtheriánál, syphilisnél, tuberculosishoz egy kis körülírt gócból elárasztják mérgeükkel az egész szervezetet az illető bakteriumok?

Ha tovább menve bizonyos körülmények arra vallanak, hogy közönséges bakteriumok nem okozhatják a rákot, hanem hogy a rákparasitának a *sejtélődiek* közé kell tartoznia, akkor e téren még szorosabb analogiákat ismer a pathologia. Itt van például a növényeknek, a fáknak s kivált a „saláta“-féléknek a rákja; az utóbbi, az ú. n. kelsérv (*Kohlhernie*) valóságos járvány a zöldségeink közt, a melyeknek a gyökereinek hatalmas daganatokat alkot s így az illető anyanövényt lassan elsovasztja, elpusztítja s a melyről ki van mutatva, hogy a *plasmidiophora brassicae*, egy sejtélődő amöbafaj okozza. Itt van a *nyulak coccidiosisa*, a mely kisebb-nagyobb adenocarcinomás májdaganatokkal megöli az állatot, s feltétlenül a *coccidium oviforme* terméke. Itt van végre a *Bilharzia-kór embernél*, a melynél a tropikus tájakon valamely állítólagos *coccidium*faj okoz tipikus hólyagrákokat.

De menjünk tovább; nemcsak ilyen analógiákból következtethetjük, hanem határozott tényekkel be is bizonyíthatjuk, hogy a rák fertőző, tényekkel, melyeket a klinika, a kísérlet és a statistika szolgáltat. A klinikusok tudják, hogy a test üreibe zárt májban, vesében, pankreasban a rák aránytalanul ritkább, mint a bőrön, az emésztőcsatornában és a nemi szerveken, a melyek a külvilággal s fertőző csíráival directe érintkeznek. A klinikusok leírták az ú. n. oltási rákot, a mikor a rákos fekély vagy rákos törmelék fertőzi a vele érintkező ép felszíneket; a méh-rákos asszony rákot kap a hátulsó hüvelyfalán, a nyelvrákos a szájjadán, az ajkrákos szemben a felső ajkán; hasbéli rák kiirtása után rákos kiújulás támad a hassebben, emlő kiirtása után a varrat szűrési csatornáiban. A klinikus ismeri az ú. n. cancer à deux eseteket, a mikor együtt élő emberek kapják meg rövid időn belül a rákot ugyanazon szervben, vagy oly helyeken, hol a kölesönös fertőzés valószínű; a penisrákos férfi felesége meghal méh-rákos, az asszony, a ki arczrákos férjét ápolta, kezén kap rákot, házasságuk elpusztulnak gyomorrákos, stb. S a klinikus beszámolhat véglegesen gyógyult rákesetekről, a mi lehetetlen volna, ha a rák valamely általános hámbetegség s nem egyszerűen helybeli fertőzés. A kísérletek azt mutatják, hogy a rák átoltható állatról állatra, emberről emberre; *Hahn* pl. embernél egy rákos emlő kis darabját átvitte a másik ép emlőbe, s ezzel ott rákot idézett elő. A statistika pedig azt mondja, hogy a rákok száma nagyobb a városokban, a hol a kölesönös fertőzés lehetősége is nagyobb, hogy a ráknak az egyes országokban vannak bizonyos endemikus góczai, fészkei; hogy a rák egyes helységekben, különösen bizonyos utcákban, sőt egyes házakban sokkal gyakoribb, mint egyebütt.

S végre mindennél pozitívabban bizonyít az, hogy a rákban csakugyan sikerül *élősejteket* kimutatni. Nem kívánom a hallgatóságot e beláthatatlan számú rákparasita felsorolásával fárasztani, legyen szabad e helyen egyszerűen átfutni felettük. Első helyen állnak természetileg a *bakteriumok*, a melyeknek a sorát a hírhedt *Scheuerlen*-féle bacillus nyitotta meg, s a melyeknek egy késő ivadéka a ma is kísértő *Doyen*-féle *micrococcus neoformans*. Ezek után kerültek sorra a *protozoák*, állati véglények, melyeknek elterjedt



világából az amoebák, a rhizopodák, a coccidiumok, a gregariák, a mikrosporidiumok, myxosporidiumok és sarkosporidiumok szerepelnek mint rák okozók; hogy csak néhány újabb nevet említsék, ide tartoznak a Schüller-, Soudakewitsch-, Sjöbring-, Gaylord-, Leyden-, Feinberg-féle paraziták s a legújabb napvilágot látott Schmidt-féle amoeba. Az állatokról újra a növényekre fordult a figyelem, mikor kiderült, hogy a *sarjadzó gombák* előfordulnak emberi és állati granulációkban; ezen blastomyceták, illetve saccharomyceták osztályába tartoznak Foà, Plimmer, Sanfelice, Roncali rákparazitái. Teljesen eltérő ezektől Kelling felfogása, a ki nem egysejtű lényekben keresi az okot, hanem azt tartja, hogy a rák *metazóáknak*, tehát magasabb rendű állatoknak, mint csiga, giliszta, tyúk, disznó egyes levált sejtjeiből fejlődik; ezek a véletlenül belénk került sejtek indulnak az emberi testben szaporodásnak, tehát minden rák tulajdonképpen egy torzszülött csiga, tyúk vagy disznó. Míg Kelling bizonyos agglutinin- és praecipitinreakciókból következtet az illető sejtek jelenlétére, addig mások, nevezetesen a protozoa-kutatók megelégedtek azzal, hogy a szövetben mutatták ki az illető parazitát; a bakteriumokat már nemcsak kimutatni, hanem kitenyészteni is sikerült; s végre a blastomycetákra nézve a szerzőik befejezettnak tartják a Koch-féle követelményt azzal, hogy a szövetben kimutattott, abból kitenyészített mikroorganizmussal más szervezetben is sikerült daganatot előidézni.

Lehetetlen, hogy a felfalált paraziták nagy száma és az a határozottság, a melylyel minden szerző valamennyi régebbi felfedezést egyszerűen tévedésnek minősít, gyanút ne keltsen e paraziták jelentősége iránt. S e gyanú alapján jogos az a további kérdés, hogy nem korhad-e egyik-másik oszlop is, melyen ez az egész tan felépült. Menjünk sorra, s nézzük végig röviden objective az egyes bizonyítékokat.

Vegyük először az *analogiákat*. Igaz, hogy külsőleg nagy a hasonlatosság a rák és a fertőzések *fejlődése* közt; de közelebből tekintve lényeges az eltérés. Nézzük pl. a tuberculosist; egy bakterium kerül be a szövetbe, ott szaporodik, mérget produkál s reactiora indítja a környező szövetet, mely egy sarjadzó gátat von a betolakodott ellenség körül; ha a bakterium mérge erősebb, mint e gát, a képződött sarjadzás elhal, elcsontosodik s a bakterium a beáramló nyirokkal kiszabadul fogságából, új helyre jut: a szomszédságba vagy más szervbe, s ott, az ott lévő szövetben kiváltja ugyanazt, a mit okozott az első helyen. A ráknál egynehány ingerelt hámsejt indul szaporodásnak, s ezek hoznak létre egy generációt, a mely belétör a környezet hézagába, nedvéreibe; a szövetnedvvel eljuthatnak e ráksejtek is új helyre, s ott új daganatoknak lehetnek okozói; ez az új daganat azonban nem a környezet, nem a másik szerv sejtjeiből, hanem az oda benőtt, besodort hámsejtekből fejlődik s a telepedés helye nem ad mást, mint azt a helyet, azt a vázat, a melyben a hámsejtivadékok kiterjeszkedhetnek. Ott tehát a bakterium s a szöveti reactio, itt a hámsejt és annak egyenes leszármazottjai a fontosak. Vegyük a *toxicitást*: az ovariumban, a herében, a vesében, a májban emberfejnél s még nagyobb rákok ülhetnek a nélkül, hogy az egyén jólétét zavarják; csak a mikor egy rák folytonos evet produkál s a mennyiben jó táptalaj, bizonyos talán specifikus mikroorganizmusok révén mérget termel, vagy a mikor tömegével egy életfontos szerv működését gátolja, akkor okoz mérgezést, cachexiát; tehát a rák nem mint olyan, hanem csak másodlagosan mérgező.

A *növényeknél* a legújabb növénypathologiai vizsgálatok szerint egyáltalában nincs az emberi rákhoz még csak távolról is hasonló betegség; azok a kinövések, gubacsok, gumók, a melyeket ráknak szokás nevezni, csak helybeli szövetszaporodások, a melyekben hemzseg a parazita, de a melyekben nyoma sincs a beszűremkedésnek, heterotopiának. A nyúl *coccidiosisánál* nem a fertőzött sejtek, hanem a még épek szaporodnak, s e burjánzás sohasem töri át a coccidiumtömeg által kitágított epeutak falát, sohasem rákos. A *Bilharzia*-ráknál pedig nem coccidiumok, hanem a vérereket eltömésztelő Bilharzia-peték mint idegen testek indítják meg a jóindulatú, papillaris burjánzást, a mely épenséggel nem lesz gyakrabban rákos, mint a papillaris lupus.

Nézzük a *contagiositást* bizonyítékait; ez irányban ellenvetéseink két sarkpont körül csoportosulnak. Mindazzal, a mi *számokkal* bizonyítja a fertőzést, szemben állanak adatok, melyek vagy

homlokegyenest az ellenkezőt igazolják, vagy legalább is mutatják, hogy a számok ilyen értelmezése önkényes, indokolatlan. Mindarra vonatkozólag pedig, a mi az *át- vagy beoltás* bizonyító erejét illeti, a következő tények felelnek. Minden áttöltésnél csakis olyan rákot sikerült előidézni, a mely az illető eredeti daganatnak felelt meg s nem az áttöltés helyére volt jellegzetes; minden áttöltésnél nem a fertőzött szövet indul tehát rákosodásnak, hanem az oltásnál átvitt sejt folytatja ott is szaporodását; s végre soha eddig még nem sikerült oly anyaggal eredményesen oltani, mely ne tartalmazott volna sértetlen ráksejteket; egy szóval, hogy minden oltásnak főanyaga, szereplője a ráksejt, s nem valami fertőzés.

S végre itt vannak a *paraziták*. Az, a mit a rákszövetben parazitáknak tartottak, a pontos vizsgálatoknál degenerációs termékeknek, normális vacuoláknak, a sejtanyag bizonyos elváltozásainak bizonyult. Az, a mit a rákokból eddig kitenyészttettek, legtöbbször egyáltalában nem egyezett meg azzal, a mit egyúttal a szövetben is találtak. S ha még ez a két felvétel egyes élősdiekre, a melyek mint másodlagos, véletlen fertőzések bizonyos tekintetben specifikusok is lehetnek, be is vált, még eddig egyetlen állatoltás sem sikerült úgy, hogy a képződött daganat rák lett volna, s nem egyszerű gyulladás, vagy a paraziták mint idegen testek körül fejlődött sarjszövet.

Ha azonban így a parasitaelmélet összes bizonyítékai egyszerű valószínűsége zsugorodnak össze, felmerül a kérdés, hogy van-e szükség egyáltalában a paraziták felvételére, hogy a rákot megmagyarázzuk? Annak a magyarázatára, hogy valakinél egy bizonyos időben a test bizonyos sejtjei szaporodásnak indulnak, nincs szükség parazitákra; kinek kell parazita azt megmagyarázni, hogy az élet bizonyos idejében az ember növése megállapodik, hogy egy bizonyos korban minden külső ok nélkül megjelennek a maradandó fogak, hogy kinőnek a fanszőrök, a szakál, megjelennek a spermatozoák s megnő az emlő. Ha pedig ez a növés bizonyos sejtekben nem felel meg a normálisnak, ha egyes helyeken többlet hoz létre, daganatot alkot, ez a növési törvényeknek csak egy módosulata, s így nem szorul parazitákra. Hogy ez a módosulat miben áll, erre felelnek a különböző *cellularbiológusok rákelméletei*. Nem akarom itt a hallgatóságot a különféle elméletekkel untatni; egy külön előadásban volna érdemes méltatni azt az óriási szellemi munkát, melyet e theoriák felépítésére a legjelesebb pathologusok összehordtak. A következőkben megkísérlöm azonban a különböző elméleteket csoportosítani s négy latin névvel kifejezni a négy főirány alap gondolatát.

Az *antagonistikus* theoria azt mondja, hogy a testben a különböző szövetek kölcsönös egyensúlyban vannak; a hol enged az egyik, annak helyét elfoglalja, kitölti a másik. Ha már most valami okból sorvad, pusztul, gyengül a kötőszövet, helyére odanő, hézagába beléburjánzik az életképes hám; mennél kisebb a kötőszövet ellenállása, annál erősebb lesz a hám ürpótló szaporodása. Az *accomodatiós* elmélet szerint nincs szó ilyen határvillongásról; de igenis a hámsejteknek öröklött képességéről, hogy felszíneken elterjedjenek, azokat bevonják; ha gyulladásnál a kötőszövet fel lazul, meghasadozik, ha erei, nyirokpályái megnyílnak, felületek támadnak, a melyekre a hám ránő; e növés közben önmaga tár fel magának új felszíneket s így hozzászokik a mélybenövéshez. Az *aberratiós* theoria abból indul ki, hogy minden a szervezetbe beillesztett sejt valamennyi többi somatikus sejtnak ellenőrzése alatt áll; ha valamely sejt vagy sejtesoport fejlődési hiba, vagy postembryonális pl. lobos befűződés által ebből a kormányzó, reguláló kötelékből kikerül, akkor korlátlan burjánzásnak indulhat úgy, a mint azt öröklött képessége és a viszonyok megszabják. A *potentiális* elméletek szerint minden sejtben megvan eredetileg a képesség a végtelen szaporodásra; ezt azonban minden sejt oly arányban veszti el, a mint a fejlődés folyamán specifikus működést kell átvennie. Bizonyos külső behatásokra azonban visszajöhet, felszabadulhat, érvényre juthat a sejteknek az öröklött szaporodási képessége, mely az ingerek elegendő intenzitása s tartama esetén a rákos burjánzást eredményezi.

Ha így a parasitaer elmélet semmiképpen sincs beigazolva, de másrészt a rákos sejtburjánzás megmagyarázására nem is szükséges, felmerül a további kérdés, hogy lehetséges-e egyáltalában? A kórboncnokok jó része erre azt feleli, hogy nem. Lehetetlen pedig *először* azért, mert a ma ismert fertőzések között



példa arra, hogy a bakteriumok keltette szervezeti reactio egyetlen sejtfajnak, a hámnak burjánzása volna, az egész pathológiában nincs. Nem lehetséges *másodszor* azért, mert a láthatatlan kicsiny parasitának feltétlenül intracellulárisnak kellene lennie, a sejtet, a melynek rovására él, nem volna szabad elpusztítania, hanem ellenkezőleg folyton a legvehemensebb oszlásra kellene izgatnia s annak önálló életképességet kellene szereznie; erre pedig a kórtanban nincs analogia. Lehetetlen végre *harmadszor* azért, mert minden rákfajnak külön, acclimatizált saját parasitával kellene bírnia, a mely csakis abban a sejtfajban, sőt csakis a már rákossá lett sejtekben tud burjánzást megindítani, mert különben érthetetlen a rák expansiv növése, az áttételek viselkedése; ezt pedig még a legmerészebb parasitologusok sem merik remélni.

Mi, Uraim, a kiknek nincs megvédeni való parasitánk, de nincs is dédelgetni való theoriánk, itt is objectívek maradhatunk. Igaz, hogy a fejlődési zavarok, a lobos lefűzések, a szöveti ellenállás csökkenése nagy szerepet játszanak a daganatok fejlődésében; de miért nincsenek jelen minden ráknál, ha jelen vannak, miért nem okoznak mindig rákot, s ha rákot okoznak, hogyan okozzák azt? Igaz, hogy a ráksejteken az anaplasia, kataplasia, chemotactikus vándorlás jelenségei kimutathatók, de hiszen épen ezek alkotják a már rákos burjánzás bonczatani kritériumait s felelet nélkül hagyják a kérdést, hogy mi hozza ezeket létre? Valljuk be egyszerűen, hogy a cellularbiologikus elméletek, legalább mai alakjukban, nem kielégítőek a rák értelmezésére. Ismerjük el, hogy a parasitismus lehetőségét igen szűk határok közé szorították e biologikus vizsgálatok; ismerjük el, hogy a mai értelemben vett infectiositásról, contagiositásról a ráknál szó nem lehet. De viszont mondjuk ki azt is, hogy valamelyes fertőző agens közreműködése teljesen nem zárható ki; az emberi rákstatistikák egyes meglepő adatai, az állatoknál újabban észlelt kétségtelen rákendemiák, s az, hogy az epitheliosisokban, a melyeknek a birkahimlő, a tehénhimlő, az apthosus láz, a melyek feltétlenül fertőzők, a szervezeti reactio szintén egyszerű hámburjánzás; mindezek oly tények, melyek a parasiták felvételét legalább is megindokolják.

Teljesen elhibázott az a látszólagos kiegyezés, a melyet a két principiálisan különböző irány a legutóbbi frankfurti értekezleten ünnepelt. *Leyden* abban, hogy egyes pathologusok a ráksejtek önállóságát parasitákhoz hasonlítják, engedményt lát részük-ről a parasitismus javára; *Lubarsch* pedig abból, hogy bizonyos bakteriumok és toxinjaik szerepelhetnek a rák disponáló tényezői közt, beismeri, hogy parasita is okozhatja a rákot. Ezek, Uraim, szójátékok, a fogalmak eltolásai, a melyek azt a benyomást keltik, mintha mindkét fél utat akarna magának hagyni a visszavonulásra, ha a győzelem a másik javára dől.

De vajjon kell-e nekünk feltétlenül ismerni az okot, hogy a rákot gyógyíthassuk? S ebben a gyógyításban van, Uraim, a rákkutatás sarokpontja; ez az a mérték, melyhez a gyakorlat a ráktheoriák értékét szabja. Ez az, a mi megmagyarázza, hogy a klinikusok s a gyakorló orvosok túlnyomó része oly meggyőződéssel ragaszkodik a rákparasitákhoz; ha a rák parasitaer, akkor ez azt jelenti, hogy van prophylactikus s gyökeres kezelése; de ha a rák constitutionális megbetegedés, akkor a kés értéke is csak kétséges marad minden időkre.

Az utolsó évek rákkutatásának története azt mondja, Uraim, hogy nem. Már 1889-ben említi *Hanau*, hogy egy patkány hüvelyrákját sikerült más állatokra intraperitoneálisan átoltania; de az akkoriban divatos bakteriologikus-histologikus kutatások közt e tény elkerülte a figyelmet, ép úgy mint később 1894-ben *Moran* dolgozata is. Csak mikor 1904-ben *Jensen* kísérletei közben az immunisatio lehetőségére is kiterjeszkedik, akkor fordul az érdeklődés egyszerre az állati daganatok felé, úgy hogy ma *Ehrlich*, *Apollant*, *Bashford*, *Jensen*, *Borrel*, *Michaëlis*, *Loeb*, *Haaland* nevéhez a meglepő pozitív tények egész sora fűződik. Röviden összegezve az eredmények ezek: az állatvilágban, és pedig a magasabb rangúaknál, emlősöknél épen úgy, mint pl. a halaknál, egyes daganatfajok nagyon el vannak terjedve. Ezek közül az adenomák, carcinomák, chondromák és sarkomák teljesen analogok az emberi daganatokkal. Valamennyien az illető állatfajokon valóságos endemiákat okoznak; egyes tavakban pl. járvá-

nyos a halak pajzsmirigyrákja; ha pl. ép, egészséges egerek közé a ketrecekbe egy rákos egér jut, az egerek jó része megkapja a rákot. E spontán daganatok az esetek egy bizonyos kis százalékában mesterségesen is átoltathatók; az átoltás csak hasonfajú vagy igen közel álló állatokra sikeres, pl. egérről egérre; sőt tovább menve, az egyéni hajlamosság oly nagy, hogy a fehér egér daganata jobban fogamzik meg fehér egereken, mint szürkéken, s a *Jensen*-féle kopenhágai daganat jobban ered meg kopenhágai fehér egereken, mint berlinieken. Az átoltás a daganat növekvőképességét, vitalitását emeli úgyannyira, hogy később 100 százalék a megfogamzás és rohamosabb a növény is; érdekes *Ehrlich*-nek a számítása, hogy egy egérdaganat, ha hetenként 1-szer 10 más egérre s így tovább átoltatik, egy év alatt  $10^{60}$  cm<sup>3</sup> daganatot termelne, a mi megfelel egy olyan kockának, a melynek egyik oldalán a fény csak 105 év alatt futna végig, egy olyan gömbnek, a melynek az átmérője 890 milliószor nagyobb, mint a napé. Az átoltásnál megeredő daganat az átoltott sejtekből fejlődik, ezek nőnek tovább a gazdában s az új állat nem ad mást, mint egy kis vázat; más szóval a ráknál a daganatsejtek szaporodásképpessége van in infinitum fokozódva. Ez az átoltás sikerül, ha az anyagot jégen tartjuk, megfagyasztjuk, glycerinben áztatjuk, összezúzzuk, de nem sikerül, ha filtráljuk, ha 30 percze 55°-on túl felmelegítjük, ha chloroformmal kezeljük, más szóval az átoltás élő sejteket feltételez. Eredeti jellegét a daganat ivadékaiban is megtartja, de esetleg ismeretlen okból megváltoztathatja úgy, hogy a carcinomás daganatból egyszerre carcinosarkoma lesz. Az ilyen vegyes daganat azután vagy mint ilyen oltható tovább, vagy pedig lehetséges, hogy az egyik daganatfaj lassanként eltűnik s előáll újra egy tiszta tumor, legtöbbször sarkoma; ez azt jelenti, hogy carcinomaooltásokkal sikerülhet sarkomát előidézni. A vegyes daganat mesterségesen is előállítható, ha a két daganatfajt együtt oltjuk be; s viszont a carcinosarkomák megtisztulása is elérhető mesterségesen azáltal, hogy pl. a daganat pépet bizonyos hőfokra felmelegítjük s azután oltjuk be; így elérhető, hogy a beoltás után feltétlenül biztosan csak sarkoma ered meg. Ha egy egéren erősen növeő rák fejlődik, ugyanarra még egy másik rák át nem oltható; ez magyarázza meg, hogy áttétel is kevés van az ilyen oltott daganatoknál. Ha a daganat növényi intensitása egy állatfajra igen nagy, akkor átoltható ideiglenesen más közel álló fajra is, pl. egérről patkányra, a hol azonban a növénye korlátozott; az egérdaganat pl. patkányban 8 napig nő, ezután visszafejlődik, felszívódik; ha azonban a 8. napon visszaoztjuk az eredeti állatfajra, növényi képességét újra visszanyeri s ilyen cik-cak oltás sokszor ismételtető. Ha egy állaton egy daganat, legyen az spontán vagy beoltott, visszafejlődik, akkor ez az állat minden további oltással szemben is teljesen immun. Az immunitás pedig vonatkozik nemcsak az illető daganatfajra, pl. carcinomára, hanem minden más átoltható daganatra, chondromára, sarkomára is. Az immunizálás egerekre nézve nyulak útján is elérhető.

Mind e tények semmi felvilágosítást sem adnak egyelőre arról, hogy hogyan fejlődik az első ráksejt; de nem remélt bepillantásokat engednek arra, hogy hogyan nő tovább a ráksejt, mik az életfeltételei, hogyan lehet növényét befolyásolni, korlátozni. S ez alapon nem túlzott *Ehrlich* szellemes hasonlata, melylyel a rákkutatást várostrommal hozza párhuzamba; *Port-Arthur* sorsa, mondja ő, meg volt peccsételve, mikor a japánok az első sánczokat elfoglalták; hogy meddig tart, míg a fellegrvárba bevonulhatnak, az csak az idők kérdése; eltarthatott volna évekig is, de bejutottak volna. Hosszú még az út a rákaetiologia megoldásáig; de az első sáncz be van véve, a többi most csak idő kérdése. De épen ezért az a nem várt haladás ez új irányban nem azt jelenti, hogy a munkát a többi oldalon le kell tenni. A morphologikus vizsgálatok értékén nem változtat az aetiologia, ha jelentőségüket, felhasználásukat módosítja is; a statistikai adatok pontos gyűjtése ép oly nélkülözhetetlen marad a rákfejlődés viszonyainak felderítésére; a bakteriologikus vizsgálatok, ha mást nem, érdekes symbiosisokat és complicatioakat vannak hivatva felismerni. Minden lelkiismeretesen, pontosan megfigyelt és végigészlelt eset, s így miudegyikünknek lelkiismeretes, ha talán csekély munkája is egy-egy kő, mely a szakavatott építőmesterek kezében hasznos lehet.



Közlemény a kolozsvári kir. tud.-egyetem kórboncz-tani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr. egyetemi tanár.)

**Bacillus fusiformis-szal, spirochaeta gracilis-szal és cladothrix putredogenes-szel végzett tenyésztési és állatkísérletek. Adatok a kísérleti gangraena bakteriológiájához és histogenesiséhez.<sup>1</sup>**

Irta: Veszprémi Dezső dr. egyet. m. tanár, I. tanársegéd.

Azon kísérletes vizsgálatok végzésére, a melyekről e dolgozatban óhajtunk részletesen beszámolni, még 1904 szeptemberében Buday tanár által bonczolt eset szolgáltatott alkalmat.

Ez az eset már magában véve, sajátos bakteriológiai lelete révén, ritkasága miatt is megérdemli az érdeklődést. Nevezetesen a *bacillus fusiformis*-nak, egy *spirochaeta-féleségnek* s *coccusok*on kívül a *trichomyceták* családjába tartozó valamely *fonalbakteriumnak* áttéti genyedésben való együttes előfordulásáról van szó. Tehát igen érdekes vegyes fertőzés esetéről, melyet e dolgozat elején kívánunk részletesen ismertetni.

Az esetben szereplő bakteriumféleségek közül a *fonalbakterium* annyival is inkább felkeltheti figyelmünket, mert a mint majd később behatóan igyekezünk kimutatni, ha nem is épen olyan alakban, mint az ismertetendő esetben, de úgy látszik gyakran szerepel bűzös-genyés vagy üszkös folyamatoknál. Ezen kórfolyamatok bakteriológiájával, szövettanával foglalkozó észlelők igen gyakran tesznek említést valamely *fonalbakteriumról*, *bacillus* alakokról, a nélkül azonban, hogy ezeknek közelebbi meghatározása, az említett folyamatoknál való szereplésüknek tüzetesebb méltatása sikerült volna. Sőt azt is mondhatjuk, hogy ezek a *fonalbakteriumok* épen a *bacillus fusiformis*s-sal és *spirochaetá*val kapcsolatban még nem is olyan régen téves nézetek nyilvánítására adtak alkalmat.

A *bacillus fusiformis* és *spirochaeta* *Plaut*, de különösen *Vincent* közleményei óta, ha nem is valami nagy intensitással, de állandóan foglalkoztatta a klinikusokat és bakteriológiával foglalkozókat egyaránt. Hosszú ideig azonban e kétféle bakterium csak egyes kórfolyamatok produktumaiban s lehet mondani kizárólagosan fedőlemez-készítményekben volt tanulmányozható; körnemző hatásuk tekintetében csak annyiban lehetett tájékozódni, a mennyiben a klinikai észlelés ezt egyáltalán lehetővé teszi. Ennélfogva inkább csak alaktani sajátosságukat ismerték, újabban a kórszövettani vizsgálatok alapján még a szövetekkel szemben való viselkedésüket is megállapították, a nélkül azonban, hogy — a kitenyésztés és állatkísérletek tökéletlensége vagy épen sikertelensége miatt — élettani tulajdonságaikról, esetleg többféle fajhoz való tartozandóságukról, de különösen kórt okozó hatásukról megbízható eredményre lehetett volna jutni, vagy a szövettani vizsgálatok által megállapított eredményeket kísérleti alapon lehetett volna megerősíteni.

Igaz ugyan, hogy az utóbbi években már nagyobb számmal jelentek meg olyan közlemények, a melyek állatkísérletekről, sőt e bakteriumok tenyésztéséről is megemlékeznek, de bátran állíthatjuk, hogy mind e mai napig még épen nem kielégítő eredménnyel. A kísérleteink tartama alatt, de különösen a jelen dolgozat összeállítása közben megjelent és már igen nagy irodalmi anyagot összefoglaló közleményekből — mint pl. a *Babes*-é, *Eichmeyer*-é — kiderül, hogy a mi az állatkísérleteket illeti, dacára az egy vagy más tekintetben pozitív eredményeknek, a sok negatív mellett nem bírnak valamely nagyobb jelentőséggel és épen a kérdéses bakteriumok kórt okozó hatásának megítélésében csak alárendelt szerepük van. Mesterséges tenyésztésüket illetőleg pedig azt látjuk, hogy, míg a *bacillus fusiformis*s-sal aránylag sok észlelő jutott igen szép eredményekre, addig a *spirochaetá*kat tenyésztés által hosszabb ideig fenntartani nem sikerült, sőt kivéve *Silberschmidt*-nek három generáción át való tenyésztési eredményét, a *spirochaetáknak* — akár szintenyésztésben, akár más mikrobákkal keverten — mesterséges táptalajon való tenyésztése

ez ideig sikertelen volt. Ezen körülmények által feljogosítva óhajtjuk mi részletesebben tárgyalni állatkísérleteinket, a melyek aránylag nagyobb számúak s eredményesebbnek látszóak, mint az eddigiek. Hasonlóképen külön fejezetben foglalkozunk a tenyésztési kísérletekkel, a melyeknek eredménye annyiban kedvező, hogy a *spirochaetá*kat — nem szintenyésztésben ugyan — elég huzamos ideig sok generáción keresztül sikerült mesterséges táptalajon is fenntartanunk. Meg kell még említenünk előzetes tájékoztatásképpen, hogy az ezen tenyésztésekkel végzett állatoltásoknak is kielégítő eredménye annyiban csakugyan fontossággal bír, a mennyiben ilyen vizsgálatok sikere elengedhetetlen feltétel valamely bakterium kórt okozó hatásának bizonyításánál. De véleményünk szerint kísérleteinknek, a mennyiben lehetséges, részletes ismertetése szükséges és indokolt már csak a tárgyilagosság szempontjából is, mert sok tekintetben még vitás, felderítetlen kérdésekről lévén szó, ha a levont következtetésekben lehetnek is tévedések, a kísérletek leírásában teljes tárgyilagosságra törekedtünk.

Végül még csak arra az összefüggésre óhajtunk reámutatni, a mely a *bacillus fusiformis*, a *spirochaetá* és az üszkös gyuladások némely alakjai között fennáll. Már *Vincent* vizsgálatai felhívták erre a figyelmet s az utána következő észlelők közül legújabban igen tüzetes szövettani vizsgálatok alapján kiváltképpen *Buday* emelte ki épen a *spirochaetáknak* fontos szerepét az említett kórfolyamatoknál. Jóllehet ezek a vizsgálatok és eredményeik, miután tényeket tüntetnek fel, szinte a bizonyosság erejével bírnak, mégis hiányzik ez észleleteknek kísérletekkel való megerősítése. Minthogy állatoltásainkból szövettani vizsgálatra alkalmas elég gazdag anyag állott rendelkezésünkre, az utóbbi időben a *spirochaeta pallidá*nak szövetekben való kimutatására használatos *Levaditi*-féle eljárást mi is alkalmaztuk. Ez által — a mire pedig, az igazat megvallva, kísérleteink folyamán nem is számítottunk — e bakteriumoknak az üszkös gyuladásoknál való szerepe tekintetében is eléggé értékesíthető készítményekhez jutottunk. Ugy hogy közleményünk befejező részében e bakteriumoknak a szövetekkel szemben való viselkedéséről is indokoltnak tartjuk beszámolni, hogy a mennyire állatkísérleteinkből következtetni szabad, tájékoztatást nyújthassunk arról az esetleges okozati összefüggésről, a mely a szereplő bakteriumok és a bűzös-genyés vagy üszkös gyuladások között fennáll.

## I.

A kísérleteink kiindulási pontját tevő eset<sup>1</sup> ismertetése a következő:

B. J. 53 éves földbirtokosnál a sebészeti klinikára való felvétele előtt 3 héttel a jobb állszöglet táján daganat keletkezett, mely főleg rágáskor fájdalmakat okozott. A klinikai vizsgálatnál a jobb alsó-hátulsó zápfog körül fekélyt lehetett látni; kívül az állszöglet felett, a halántéktájon, sőt a csecsnyújtvány mögött is duzzanat volt. A beteg lázas, hőmérséke 39°-ig emelkedő. Az állszöglet felett levő duzzanat bemetszésekor tályogot találtak, a melyből sűrű, bűzös geny ürült, a genyben mákszemnyi szemcsék voltak. Minthogy a láz nem szűnt meg, a halántéktájon is történt egy bemetszés, s ekkor kiderült, hogy a genyedés be-terjed a halántéktájon hűvelébe is, sőt lecsupaszítja a koponya alapját, a miért azután a járomhíd is eltávolított. Javulás csak annyiban mutatkozott, hogy a trismus, a mely eddig fennállott, engedett és lázai keveset csökkentek. Nemsokára azután agyi tünetek jelentkeztek és pedig egyes baloldali izomcsoportokra szorítóköző göresök, majd öntudatlanság és végül a klinikára történt felvétele után 6 nappal a beteg meghalt.

A bonczolás a következő eredményt adta (Buday).

Középtermetű, gyengén táplált, nagyfokban halvány férfi-hulla. A szemhéjak, szemtekék kötőhártyája vízenyős. A jobb arcfél duzzadt, itt a jobboldali járomcsont közepe tájától fel a fülkagyló fölé húzódó metszés van, ezzel T alakban összefügg egy másik metszés, a mely a jobb szemöldök felé halad. A sebszélek erősen tátonganak, alapjukon bűzös genyvel fedett sarjak láthatók, s

<sup>1</sup> Előadott az E. M. E. orvos-term.-tud. szakosztályának 1906. évi május hó 19.-én tartott orvosi szakülésén bakteriológiai és kórboncz-tani valamint szövettani készítmények bemutatásával kapcsolatban.

<sup>1</sup> Ez azon eset, a melyről *Buday* az Orvosi Hetilap 1905.-i 49. évfolyamában megjelent: „Szövettani és bakteriológiai vizsgálatok üszkös száj- és garatgyuladásoknál” című közleményének végén említést tesz.



minthogy a járomív s az alsó állkapocs egy része is el van távolítva, meglehetősen nagy területen láthatóvá lett a koponyafal is. A seb legmélyebb része mintegy 6 cm. mélyre terjed a garat faláig, itt a mélyből kikapart genyben apró szürkés szemcsék és bűzös véres szövetcszafatok vannak. A jobb fülcimpa alatt az állkapocs alsó szélével párhuzamosan egy 6 cm. hosszú bemetszés van, alapján az állcsont szöglete és teste ezüstforint terjedelemben lecsupaszított. Egy rövidebb bemetszés látható végül a jobb csecsenyűjtvány mögött, azzal párhuzamosan, a mely egészen a csontig hatol. A járomcsont árkát kitöltő halántékizom jórészt hiányzik, a proc. coronoides csúcsa el van távolítva. Ezen tájékat körülvevő lágyrészeket, valamint az imént említett bemetszések széleit és alapját kissé bűzös, genyben szétmálló szövet képezi. A sűrű törmelékes genyben a már leírt apró szemcsék látszanak. A koponyaalap ezen a tájékon le van csupaszítva. Az alsó állkapocs belső felületén a csonthártya, nyálkahártya mindenütt megvan. Alul a zápfogak hiányzanak (műtétnél huzattak ki), a többi fog ép. A felső állkapocs fogmedernyűjtványa s egyéb részei eltérést nem mutatnak. Az orrüreg ép.

A koponyaboltozat széles, belső felülete kissé érdes. A keményburok a jobb agyfélteke felett sötétkékes színnel tűnik át s kissé előemelkedett. Itt a keményburok és lágyburok között körülbelül 2 mm. vastag alvadt vérlepleny található. A lágyburok lemezei között szintén meglehetősen vastag véres beszűrődés van, mely legerősebb a homlok-, fali és halántéklebenyek találkozásánál. Az erek mentén vékony genyréteg található. Baloldalt vérzés nincs. Az agy alsó felületén a bal halántéklebenynek csak mediális oldala van genyvel borítva, míg a jobboldali egészen genyvel fedett, legtömegesebben azon a részén, a mely a középső skálával érintkezik, sőt a geny az egész középső skálát kitölti. A sűrű, bűzös, sárga genyben egyes fakósárga, gombostűfejnyi szemcsék láthatók. Baloldalt a Sylvius-féle árok mentén szintén vékony rétegen geny található. A kisagy alsó felszínét, a nyúltagyat, Varol-hídat véres savó, részben alvadt vér borítja, a mely a burkokat is infiltrálja. Az agygyomrocsokban híg vér és kevés véralvadék van, a mely a III. és IV. agygyomrocsokat is kitölti és a kisagyat is körülveszi. Az agy állománya egyéb ként vérdús, valamivel lágyabb.

A koponya alapján a keményburok levonása után a jobb középső skála és keményburok között sűrű, szürkésárga, bűzös geny található, a mely különösen a barlangos öböl környékén nagymennyiségű és a koponyaalap felé haladó tasakok mentén — így a foramen ovale, foramen caroticum mentén — a koponyaalap alsó felületén levő genyedéssel egyenesen összefügg. Innen a török nyereg, illetőleg a hypophysis mentén, a mely genyvel van körülmösva, áttérjed a baloldali Sylvius-árok felé; baloldalt a keményburok és csont között azonban genyedés nincs.

A szív elernyed, petyhüdt, üregei tágultak, billentyűi épek.

A jobb tüdő felső lebenye légpárnatapintatú, az alsó vérdús, tömött. Hátsó felületén a mellhártya alatt nagyobb részt lencsényi genyóczok nagy számmal láthatók, a melyek felett a mellhártya fénytelen, s a melyekből — bemetszés után — híg, sárgászöld geny ürül, közepükről egy pár szemcse is nyomható ki. A bal tüdő hátsó része is számos genyóczot tartalmaz, az alsó lebeny számszerint vagy 15-öt, melyek borsónagyságúak, közvetlen környezetükkel kiemelkednek, tömöttek. Egy pár hasonló tályogocská van a felső lebeny alsó részén is. Tartalmuk nagyobb részben sárga törmelékes anyag, s csak kisebb részét teszi sárgászöld híg geny. A hörgőkben geny nem található.

A mandolák kicsinyek, a garat, a bázis, a gége, a légcső halvány. A lép kicsiny, igen lágy, a tüszők nagyobbak, jól feltűnnek. A vesék duzzadtak, nedvűs, kéregállományuk szélesebb, vérdús, zavaros. A máj barnavörös, petyhüdt. A gyomor, a belek épek.

Kórisme: *Periostitis purulenta lateris dextri mandibulae cum phlegmone musculi temporalis dextri. Incisiones in regione submaxillari, mastoidea et zygomatiko-temporali dextra. Periostitis purulenta faciei inferioris basis calvariae, abscessus supraduralis in scala media lateris dextri, dein pachy- et leptomenigitis purulenta haemorrhagica praecipue partium proximarum cerebri. Abscessus metastatici pulmonum. Hyperplasia folliculorum lienis. Degeneratio parenchymatosa renum.*

#### Bakteriologiai és szövettani lelet.

Úgy a sebészeti klinikáról a tályogok felmetszése alkalmával nyert, valamint a boncoláskor a szájrőrből, keményburokról és tüdőtályogokból származó geny meglehetősen sűrű, tejfelszerű, szennyesárga vagy vörhenyesárga színű, bűzös.

A genyben már szabad szemmel nagy számmal láthatók kb. mákszemnyi szürkésárga szemcsék, a melyek első pillanatra akár sugárgombatelepeknek volnának tarthatók. Ezeknél azonban sokkal lágyabbak, fedőlemez alatt sokkal könnyebben szétnyomhatók, könnyebben elterülnek, továbbá színük sem olyan élénksárga, mint a sugárgombateleké. Göreső alatt szintén emlékeztetnek némileg a sugárgombatelekékre, a mennyiben e szemcsék is karélyos szélűek, s egyik-másik több kisebb szemcséből összetettnek látszik, azonban mégis sokkal egyenletesebbek, a szederszerű összetételt nem mutatják, de különösen hiányzik a jellemző sugaras szerkezet s egyáltalán nem találhatók bunkók. Az egész szemcse natív készítményben jól fel nem ismerhető bakteriumok összefüggő tömegéből áll s valamely bakterium-zoogloea benyomását teszi; erősebb nagyítással, jól szétnyomva, különösen a széleken fonalas szerkezet ismerhető fel. Mindjárt itt megemlíthetjük, hogy a még festetlen készítményben sikerült erős nagyítással, részint a szemcsék szélén, részint a genysejtek közt spirochaetát találni.

Az imént említett szemcsék a genyből egészen jól elkülönítve kiemelhetők. Ezeket vízzel jól szétdörzsölve, tehát meglehetősen hígítva, kentük szét tárgylemezeken s a szokásos módon láng felett párszor végighúzával, rögzítettük. Festésre legalkalmasabbnak bizonyult a hígított Ziehl féle karbols fuchsin, a mely igen jól tüntette fel a különféle bakteriumokat. Tekintettel a spirochaetákra, használtuk a Giemsa-féle festést is, valamint a van Ermengem-féle és a Löffler-féle ostorfestést, jobb eredményeket azonban ezekkel sem értünk el.

A fenti módon előállított készítményekből kiderül, hogy ezek a szemcsék többféle bakteriumot tartalmaznak és pedig a következőket.

6—7  $\mu$  hosszú orsóalakú bacillusokat, a melyek közepükön kissé vaskosak, végeik fokozatosan vékonyodva elhegyesednek. Részint többé-kevésbé párhuzamos elrendeződésben csomókat, részint pedig rövidebb-hosszabb láncokat alkotnak, úgy hogy 2—10 vagy akár 25 bacillus is összefügg egymással. Az egyes bacillusok általában kissé hajlottak, de találhatók közöttük meglehetősen merev, egyenes lefutásúak is. Ha láncokat alkotnak, rendszerint úgy függenek össze egymással, hogy homorúságuk mindig egyfelé néz. Néha két bacillus bajszszerűen jelentkeznek, úgy t. i., hogy közepükön kis hézag látható s innen kezdve fokozatosan hegyesednek el. Egyes bacillusok az átlagosnál jóval hosszabbak, vastagságuk is egyenetlen, néha a végeikhez közelebb, máskor a közepük táján erősen duzzadtak; a másik szemcsés, rosszul festődik, involutiós alakokra emlékeztet. Általában az orsóalakú bacillusok fuchsinnal is valamivel halványabban festődnek, mint pl. a később említendő coccusok vagy fonalbakteriumok. Gram-festésnél inkább elszíntelenednek, mint a Weigert-féle (fibrin) festésnél. Ez utóbbi módszerrel, ha 1—2 óráig tubusban festünk s anilinolaj-xyol aa keverékével óvatosan színtelenítünk, aránylag elég jól festődött bacillusokat kaphatunk, de némely készítményben még óvatos eljárásnál is meglehetősen elhalványodnak. Ez orsóalakú bacillusokon különösen van Ermengem-féle ostorfestésnél (ezüstözés) igen nagy számmal tűnnek fel finom ostorok, a melyek a bacillust mindenütt körülveszik a typhusbacillushoz hasonlóan. Egyébként az ostorok Löffler eljárása szerint is elég jól feltűntethetők, azonban készítményeinken a van Ermengem-féle festés szebben sikerült, de ezzel sem kivétel nélkül minden esetben.

A másik bakterium, a mely különösen azon készítményekben található nagy számmal, a melyekben az orsóalakú bacillusok is legtömegesebben mutathatók ki, egy spirochaeta féleség. E spirochaeták hossza átlag 9—10  $\mu$ -t tesz ki, de ennél jóval rövidebbek és hosszabbak is találhatóak. Igen finomak, vékonyak, hegyes végekkel bírnak s általában feltűnően halványak, akkor is, a midőn a többi bakteriumok igen intensive festődnek. Csavarulataik aprók, egyenletesek, sűrűn következnek egymás után, néha oly finomak, hogy igazán alig tűnnek szembe. Csavarulataik



száma a spirochaeta hosszúsága szerint változó, találhatók 6—10—12 hullámúak, elvéve pedig ennél is nagyobb számúak. Általában a finomabb, apró csavarulatokkal bírók és igen halványan festődők vannak túlnyomó számban, néha azonban vaskosabbak, kevesebb, de elnyúltabb hullámokat mutató alakok is találhatók, ezek azután valamivel sötétebben is festődnek. Helyenként több spirochaeta egymással összefonódva is látható, vagy egyes spirochaeták orsóalakú bacillusokhoz vagy a később leírandó fonalbakteriumokhoz tapadva, meglehetősen változatos helyzetben, de sohasem úgy, hogy azt a benyomást lehetne nyerni, miszerint a spirochaeták ezekkel valamely szorosabb összefüggésben lennének és határozottan sohasem úgy, mintha egyik a másiktól nőtt volna ki. Épen úgy lehet találni coccusokhoz vagy coccuscsoporthoz tapadt spirochaetákat is. Gram szerint, Weigert szerint nem festhetők. Legszívesebben sikerül megfestésük hígított carbolos fuchsinnal vagy Giemsa-oldattal. Sikerült ugyan Löffler-féle vagy van Ermengem-féle ostorfestéssel is feltüntetni őket, így azonban sokkal durvábbak s különösen a sok csapadék miatt nehezebben tanulmányozhatók. Ostorokat vagy unduláló hárttyát nem tudunk rajtuk felismerni. Megemlítendőnek tartjuk azonban, hogy a van Ermengem szerint festett készítményeken számos spirochaetán találni ostorokat. De erre vonatkozólag az a tapasztalatunk, hogy nem tartoznak voltaképpen az ostorok a spirochaetákhoz, hanem csak az orsóbacillusokról levált s a látótérben szétszórva elég nagy számmal látható ostorok véletlen odatapadásáról van szó.

Harmadik helyen olyan mikroorganizmusokat kell ismertetnünk, mint szintén a szemesékben igen tömegesen kimutathatókat, a melyek látszólag meglehetősen változatosak ugyan, de egyes tulajdonságaikban mégis annyira megegyezők, hogy észszerűnek látszik őket egy csoportban tárgyalni. Ezek a bakteriumok úgy alakjuk, mint nagyságuk, nemkülönben festődésük tekintetében is élesen különböznek úgy az orsóbacillusoktól, mint a spirochaetáktól. Egy részük fonalbakteriumok jellegével bír, a melyek 20—30  $\mu$  hosszúak, szabálytalanul íveltek vagy többszörösen hajlottak, elgörbültek. Az íveltség, elgörbülés nem egyenletes, nem szabályosan hullámos, hanem inkább törvönyszerű és a szabálytalanságot épen az idézi elő, hogy az egyes görbületeket igen változatos hosszúságú tagok alkotják, nevezetesen igen rövid, 1—2  $\mu$  hosszú részlet után 10—15  $\mu$  hosszú s más irányban haladó fonalszakasz következik. Ezen fonalakon itt-ott lehet olyan forma alakulatokat is látni, a melyek első pillanatra elágazódás benyomását tehetnék, ez azonban határozottan csak látszólagos, tehát nem valódi elágazódás és abban áll, hogy egy hosszabb fonalon oldalt, rendszerint derékszögben rövidebb-hosszabb tagok látszanak, a melyek szintén vagy rövid egyenes, esetleg kissé hajlott pálczikákat alkotnak, vagy pedig hosszabb, szintén szabálytalan törvönyszerű fonalakat. Egy másik rész igen változó hosszúságú bacillusok alakjában jelentkezik, 1,8—5—8  $\mu$  hosszúak. Legnagyobb részük kissé hajlott, igen gyakori az elnyújtott S alak, a mely azonban többé kevésbé szögletes és merev, nem vibrioszerű; más részük pedig tompa V alakot mutat; a V szárai kifelé hajolnak, repülő madár rajzához hasonlóan, sokszor a száruk különböző hosszúak, az egyik kommaszerű, a másik merev S alakú. Ismét másik változata aránylag egyenlő hosszúságú bacillusokat alkot, a melyek egyenesek, élesen levágott végűek, 10—14  $\mu$  hosszúak. Részint kisebb csoportokat alkotnak, részint pedig igen változó számú tagokból álló láncokat, a melyek anthraxláncokhoz hasonlíthatók. Ugyanis az egyes bacillusokat keskeny hézag választja el egymástól. A csoportokban azonban rendszerint együtt vannak az imént említett S vagy V alakú merev hajlott alakokkal és fonalakkal. Mindezen itt felsorolt változatok teljesen egyenlő vastagságúak és festődésük is teljesen egyező. Fuchsinnal erősen festődnek, egyenletes sötétvörös színnel, Gram szerint illetve Weigert féle festéssel szintén jól festődnek. Úgy a fuchsinos, mint az utóbbi módon festett készítményekben sok olyan fonál található, a mely mérsékeltén duzzadt, halványabb és hosszorban elhelyezett coccuszerű szemesékekkel telt, vagy egyes szakaszok erősen festődtek, közben festetlen részletekkel tarkítva. A Gram vagy Weigert szerint festett készítményekben még egy fontos tulajdonságuk figyelhető meg, a mely a fuchsinos készítményekben alig tűnik fel. Az t. i., hogy olyan alakok is vannak

köztük és pedig nem csekély számmal, a melyek végeiken fokozatosan megduzzadtak, legömbölyítettek, tehát kifejezetten bunkószerűek; néha egy-egy hosszabb hajlott fonálnak mindkét vége bunkószerű duzzanatot mutat.

A most ismertetett 3-féle bakterium a szemesében nem egyenlő elosztásban van, mert ugyanazon szemeséből készült egyik fedőlemez pl. mind csak fusiformisokat tartalmaz, s egyéb bakteriumot csak elvéve. Viszont másik készítményben az igen változatos alakú fonalbakterium van túlsúlyban, feltűnően kevés orsóbacillussal és spirochaetával együtt.

A geny folyékony része szintén vízzel kissé hígítva külön készítményekben volt a vizsgálat tárgya, a melynek egyébként bakteriologiai eredménye általában megegyezik a szemesékével. Nevezetesen a geny folyékony részében is található orsóbacillusok, azonban feltűnően kisebb számmal, mint a szemesékben. Különösen nagy mennyiségben vannak azonban a geny folyékony részében a spirochaeták, a melyek minden látótérben tömegesen találhatók. Ezek szintén halványak, finomak, ámbar közöttük számos vaskosabb, lomhább erősebben festődik. Coccusok részint rövid láncokban, részint kisebb csomókba verődve találhatók. A mi a fonalbakteriumokat illeti, azok egyenletesen szétszórva szintén sűrűn fordulnak elő, nagy részük szemesésen festődik. Általában a geny vizsgálatából az derül ki, hogy az orsóalakú bacillusok magában a genyben nincsenek úgy szétszórva, nincsenek annyira felszaporodva, mint épen a spirochaeták vagy akár a fonalbakteriumok.

Szöveti vizsgálat céljából szemeséket is tartalmazó egészen kicsiny tüdőtályogokat, valamint szemeséket tartalmazó genyet ágyaztunk be és pedig Apáthy szerint úgy celloidinba, mint paraffinba. A belőlük készült legfeljebb 2—4  $\mu$  vastag sorozatos metszetek festése haematoxylin-eosinnal, hígított carbolos fuchsinnal, Gram-Weigert szerint, valamint a Levaditi-féle ezüst-impregnatioval történt.

A tüdőmetszetek a tályogok szokott képét mutatják, nevezetesen közvetlenül a mellhártya alatt körülírtan genysejtek tömege látható. A tályoggal határos légüreség finomabb-durvább rostonyahálózatot tartalmaznak s genysejtekkel teltek. A tályogot fedő elvékonyodott mellhártya is rostonya-lepedékekkel fedett, a melyben genysejtek vannak szétszórva. A tüdőszövetnek a tályogot körülvevő részében elhalásnak, üszkösödésnek górcsói vizsgálattal semmi nyoma sincsen.

A szemesék inkább a tályogok közepében fekszenek, s nem közvetlenül genysejtekkel, hanem többé-kevésbé széles, elmosódott határu világos udvarral körüvezettek, a mely finoman szemesés detritusból áll, ép genysejteket alig tartalmaz, legfeljebb chromatin-rögöket. Úgy a tüdőtályogokban levő, mint az agyburokról és szájürről összeszedett s genyvel együtt beágyazott szemesék teljesen azonos górcsói képet adnak, úgy hogy ezeknek mind külön-külön való leírása egészen felesleges.

Természetes dolog, hogy a metszetekben található szemesékben vagy genyben sem várható más bakteriumok, mint ugyanazok, a melyeket fentebb már részletesen ismertettünk. De fontos a metszetek górcsói lelete azért, mert az említett mikroorganizmusok elrendeződése, csoportosulása, egymáshoz való viszonya csak a metszetekből tűnik ki jól. Ebből a szempontból legjobban a Weigert-szerint festett metszetek tájékoztatók. A fuchsinosokban t. i. — bár szintén elég szép képeket adnak — mégis az alap, a fehérjeszemesékben dús szétesett anyag, a bakterium-csomók, annyira erősen festődtek és néha kissé elmosódottan, hogy ezek felett a Weigert szerint festetteknek ebben az esetben előnyt kell adnunk.

A szemesék vázát valamely egynemű, hyalinszerű anyag alkotja, a mely általában meglehetősen sötéten festődik és Weigert szerint sem szintelenedik el nagyobb fokban. Ez az egynemű anyag rendkívül tömötten meg van rakva általában legjobban festődő fonalbakteriumok tömegével, minden szabályosabb szerkezet nélkül, pl. sugaras elrendeződést egyáltalán nem mutatnak. A szemesék külső részén, de csak helyenként, azokat nem egészen körülveve, a fonalbakteriumoknál jóval halványabban festődő — Weigert szerint ibolyavörös színű — orsóalakú bacillusok halmaza látszik. Ezek néhol a szemesék lebenyzettsége miatt jelenlevő bemélyedéseket is kitöltik, s innen mintegy legyező-



szerűen kisugároznak a szemese környezetébe. Míg a fonalbakteriumok mindig tömött csomókat képeznek, a melyekben egyes alakok csak a legvékonyabb metszetekben különböztethetők meg, addig az orsóalakú bacillusok némi szabályosságot mutatnak, a mennyiben többé-kevésbé párhuzamosan haladó ívelt nyálábokat alkotnak. A nyálábos elrendeződés egyes sávokban sűrűbb, másokban gyéresebb, a széli részek felé, mint említve volt, kiszélesedik s egyszersmind a nyálábos szerkezet is eltűnik s a bacillusok egyenletesen szétoszódnak. Az orsóbacillusok azonban meglehetősen rögzítve maradnak, a mennyiben a tályog távolabbi részeiben, a genysek között már csak igen gyér számmal, elvétve találhatók. A fonalbakteriumok ellenben részint kicsiny csoportokban, részint egyenként elég sűrűn, a tályog bármely részében felfalálhatók. Szemcsés festődés, valamint a már leírt változatos alakok itt is épen úgy megtalálhatók a fonalbakteriumok részéről, miként azt már a fedőlemez-készítményekben leírtuk. Spirochaetákat a fuchsinnal festett metszetekben a genysek között egyenként fel lehetett ugyan ismerni, de a szemcsékben nem sikerült kimutatni. Általában nehéz felismerésük magyarázata nem lehet más, mint hogy az igen sűrű tömegben levő genysek, valamint a szemcsék hyalinszerű ragasztó anyaga, továbbá az orsóbacillusok halmaza együtt mind olyan sötétben festődő alapot, tömeget alkot, a melyben a különben is igen finom, vékony és a mellett még halvány spirochaeták electivén nem is tűntethetők fel. Coccusokat részint rövid láncokban, részint csoportokban különösen a Weigert szerint festett metszetekben lehetett találni. A tályogot körülvevő tüdőszövetben semmiféle bakteriumot nem lehetett kimutatni.

Már most, a mi esetünket illeti, olyan kórfolyamattal állunk szemben, a melynél úgy a klinikai kép, mint a bonctani viszonyok szerint nyilvánvaló, hogy a betegnél genyes gyulladás támadt az alsó állkapocs részéről. Ez a jobb alsó hátulsó zápfog körül keletkezett fekély közvetítésével történt fertőzés eredménye. A genyes gyulladás lassan, mintegy kúszó jelleggel, phlegmoneszerűen tovaterjedt az állkapocs külső lágyrészeire is, felfelé a halántékizomba, a csecsnyújtvány mögé, egészen a koponya alapjáig. Innen a szokott úton, a koponyaalap résein át haladó erek mentén a genyedés áttért az agy alapjára is, a hol igen kiterjedt súlyos, vérzéses-genyes agyburoklobot okozott. A gyűjtőeres öblök körül levő izzadmányból a bakteriumok belejutván a gyűjtőeres rendszerbe, a tüdőben áttéti tályogok keletkeztek.

(Folytatása következik.)

## TÁRCZA.

Levél a távol idegenből.

Valparaiso, szeptember elején.

Chile orvosi egyeteme. Chile közegészségügye. Az aurocanok „orvosai”. Az 1647-i santiagoi földrengés. Chile éghajlata és specifikus betegségei. Gyermekehalandóság. Valparaiso és Santiago. Kórházak. A Junta Beneficencia. Valparaiso a földrengés után.

Dél-Amerikának kétségtelenül Chile a legelőrehaladottabb köztársasága, nem tekintve természetesen Argentína fővárosának, Buenos-Airesnak a viszonyait, a mely Dél-Amerikának a legnagyobb és a legszebb városa. De a fejlődését Chile jórészt az idegeneknek, különösen a németeknek és az angoloknak köszönheti; néhány évtized óta ezek tettek legtöbbet a köztársaság közegészségügyének a javításában is. Maga a santiagoi orvosi egyetemet is német és francia minta szerint rendezték be úgy a tanítás módját, mint a kórházi rendet illetően és vagy német tanárok is tanítottak, vagy Német- és Franciaországban szerezték meg a képzettségüket. Ma a santiagoi orvos egyetem az „Escuela medicina” eléggé jól tanít és habár csak felületes megtekintésére volt alkalmam, észszerűségét könnyű volt megítélni, ha nem is hasonlítható a nagobbszabású európai orvosi egyetemekhez. Mint Franciaországban, úgy itt is három vagy hat hónapi kórházi szolgálatra köteleztetnek a levizsgázott orvosok a különböző klinikákon, ámbár természetes, hogy bizonyos szakon, pl. a gyermekgyógyászatban, korántsem annyi alkalma a gyakorlati képzettség megszerzésére, mint akár Párisban vagy Budapesten. A tanulási idő a mienknek felel meg; a hallgatás díjmentes. A

diplomás orvosok neve „medico cirujano”, a nélkül, hogy különösebb sebészeti képzettségük volna.

Jó és képzett orvosokra Chilének nagy szüksége van, mert a köztársaság közegészségügye rossz lábon áll. Természeti szépségekben és egyébként is gazdag ország, de egyrészt a nép hiányos műveltsége, másrészt a nép jó részének a gyengesége, tisztatlansága és különösen a lakásviszonyainak a kezdetlegessége miatt oly nagy a halálozás és oly gyakoriak a járványos betegségek, mint Európának talán egyik országában sem. A gyermekehalandóság különösen magas, úgy hogy mindezek az okai jórészt annak, hogy a 759,000 km<sup>2</sup> kiterjedésű köztársaság lakossága körülbelül 3.150,000, tehát négyszögkilométerenként csupán négy.

A közegészségügyi viszonyok kezdetlegesek. Nagyon ritkán akad olyan orvos, a ki velük igazán sokat törődne, mert az idegen orvosok célja kizárólagosan a nagy vagyoni gyűjtése minél rövidebb idő alatt, a chilei orvosok pedig még mindig nem állnak oly magas képzettségi fokon, másrészt egyénileg sem állnak oly ethikai magaslapon, mint az európaiak. De viszont olyan rendetlenek a viszonyok, hogy vajmi nehéz munka a sok hibán rövid idő alatt segíteni. Magának a chilei népnek a már említett tulajdonságai is megnehezítik azt a keveset, a mit a köztársaság a közegészségügyért tett.

A ki a magyar népnek jó és rossz tulajdonságait ismeri, tudja, hogy a falusi orvosnak mennyit kell küzdenie a nép babonáságával és műveletlenségével. A magyar nép babonás szokásait és gyógy módjait százados szokások szentesítették, a műveletlenség okait pedig jórészt nálunk is az iskolák padjain kell keresnünk, a hol nem hasznos, gyakorlati, felvilágosító, az ember szervezetét, egészségét is érdeklő dolgokat, mint inkább sok felesleges, időt, kedvet rabló dolgokat tanítanak. Hatványozott mértékben áll ez Chile lakosságára is, a kik az őseiktől, az aurocanoktól a babonáságot, a spanyoloktól a hígadságot örökölték. A aurocanoknál a beteg gyógyítását a „machi” végezte, a ki a papi rendhez tartozott. Maga a gyógy mód nagy ceremoniával történt és „machitun” volt a neve.

A betegnek a hozzátartozói a kunyhójában összegyűltek. Letették a földre és körülvették őt. A „machi” ekkor a fejére egy fahéja ágát tette. Azután egy guanoat hozatott be, azt felnégyelte, kivette annak a szívét és a vérevel befeeszkendezte a faágat. Azonkívül bizonyos füveket égetett el, a minek a füstje az egész lakást betöltötte. Azután olyanformán hajlott a beteg fölé, mintha a beteg vagy a megsebesült testrészből vért szívott volna, utána vöröset köpött és alkalmas pillanatban hirtelen egy pókot vagy egyéb férget mutatott fel, ez volt a „daño”, a „kár.” Ezen műveletek közben az asszonyok szomorú dalokat énekeltek és közben egy zsinóron lógó és kövekkel megtöltött kivájt száraz tökkel nagy lármát csaptak. Ez volt az ő zenéjük.

Ha a beteg mindezek ellenére sem lett volna jobban, úgy a „machi” megmagyarázta, hogy a nemes szervek a betegek. Persze elhitték neki: Ha a beteg meghalt, úgy a „dunguve”-t hívták. Ez a „dunguve” rendesen egyik olyan ártatlan indiánban találta meg a halál okozóját, a kiért senki sem állott jót, a kinek senkije sem volt. Így tehát megbüntették. Lassú tűzön süttették meg, hogy a halál lassan álljon be. Ezzel a benne rejtőző boszorkányokat büntették meg. Ha ez indián egyéb törzshöz tartozott, úgy többnyire háború lett a dolog vége.

A machi-k és dunguve-k asszonyok módjára öltözködtek. Egyedül, magánosan éltek a hegyek között, nem nyírták sem a hajukat, sem a szakállukat, sem a körmeiket nem metsztették és nem mosakodtak, hogy a megjelenésük ijesztő legyen.

Ezek voltak tehát a chilei őslakók orvosai és a leírt módon gyógyították a betegeiket.<sup>1</sup> Hosszú ideig ez a gyönyörű gyógy mód divatozott, a míg csak a spanyol hódításokkal és a kereszténység elterjedésével teljesen ki nem pusztult, hogy e helyett egyéb szokások tegyék őket tönkre. E közben ugyanis a spanyolok száma mindinkább növekedett, az indiánok mindinkább kipusztultak vagy pedig keveredtek a spanyolokkal. A munkához nem szokott, eddig is kunyhókban élt, most már elszegényedett nép jó része megfosztott az eddigi életmód kedvező feltételeitől, a műveltségében is vajmi keveset gyarapodott, mivel a jezsuitáknak

<sup>1</sup> Luis Galdames: Estudio de la historia de Chile.



nem is az volt a céljuk, hogy lelkiileg és testileg erős, egészséges népen építsék fel az uralmukat. Egyéb rendek, az augusztinusok és dominikánusok, mint majd látjuk, tettek valamit a közegészségügy érdekében, de a jezsuiták, mint legerősebb rend, soha, mert a céljuk mindig a hatalom és nem a nép és az ország érdeke volt.

A szegény nép száma tehát mindinkább szaporodott és egyrészt az alkohol élvezetét tanulták meg, másrészt egyéb járványos betegségeket hurczoltak be, mert ehhez a csupán tengeri közlekedésre szoruló Chilében túlságosan sok alkalom volt. És e járványok Chile amúgy is ritka lakosságát alaposan megtizedelték. A lakosság ellenállóképessége mindinkább kisebb, a halálozás pedig nagyobb lett. 1647-ben Chilé nagy szerencsétlenség érte. Erős földrengés pusztított, a mely különösen Santiagót teljesen tönkretette. Számátalan ember vesztette el az életét. A hullák tömegesen temetetlenül heverték, a minek a következménye pusztító pestisjárvány volt, a mely több áldozatot követelt mint maga a földrengés. Gaspar de Villaroel püspök, ágostonrendi pap volt az, a ki a halottakat eltemettette és személyesen minden lehetőt megtett a járvány megszüntetésére és a nyomor enyhítésére.

Hogy a jelenlegi Chile egészségügyi viszonyait megérthessük, Chilet három részre kell felosztanunk, mint a mely részek éghajlatuk tekintetében egymástól lényegesen különböznek.

A legdélibb rész Punta-Arenas, a melynek éghajlata mérsékelt, de télen a déli sark felől jövő hideg légáramlat miatt a hőmérséklet —5—6°-ra süllyedhet. A havazások gyakoriak. A Magellán-szorostól északra a hőmérsék magasabb és az 53—55. szélességi fok alatt már csak esős és meleg időszakról lehet szó. Corraltól körülbelül Valparaisoig télen gyakoriak az esőzések, északra mindinkább ritkábbak és végre Chile legészakibb részén az eső a ritkaságok közé tartozik. Ennek megfelelőleg a déli rész talaja nedves, a növényzete buja, míg az északi rész teljesen kopár hegységekből és homoksivatagokból áll. Az északi, homokos, poros részben a tüdővész igen elterjedt, a mi ugyan a déli részen is gyakori; a csapadékokban gazdag déli és középső részen gyakoriak a meghűléses bántalmak, a tüdőhurut, tüdőgyulladás. Ez különösen áll a Cordillerák közelében eső vidékekről. Magában a fővárosban, Santiagóban, a mely közvetlenül a Cordillerák mellett fekszik, különösen télen és tavasszal a tüdőhurut és tüdőgyulladás igen gyakori betegség és a gyermekek közül is sokan elpusztulnak e bajokban. Mindamellett Chile legnagyobbbrészt egészséges, kellemes éghajlatú. Igazi tél, a legdélibb részt kivéve, nincs és a melegség, az északi részt kivéve, sehol sem túlságosan nagy.

Hogy mindamellett a halálozás oly nagy, hogy a gyermekhalandóság oly magas és a tüdővész, a járványos betegségek oly elterjedtek, a lakosság jó része beteges testalkatú, vagy csekély ellenállóképességű, mindennek az okát a kezdetleges egészségügyi viszonyokban kell keresnünk. Maga az állam vajmi keveset törődik a közegészségüggyel és a mieinkhez hasonló járásorvosi intézmény teljesen ismeretlen. A közegészségügyi intézkedések mint jótékony intézkedések a „Junta Beneficencia“ maradi, jórészt vallásos jellegű intézmény kezei között vannak, ezek az urai a kórházak és gyermekvédelmi célt szolgáló intézeteknek is. Körülbelül tehát a mi jótékony egyesületeinknek felelne meg, természetesen nagyobb arányokban, nagyobb hatáskörrel. A felfogás maga helyes volna, hogy ugyanis maga a társadalom végzi el azt, a mi Európában részben az államokra hárul, csak hogy például az állami gyermekvédelem hasonlíthatatlanul tökéletesebb, mint az ilyen „működvelő“ gyermekvédelem, a mely látszólag nagy apparatussal és annál kevesebb eredménnyel működik.

Említettem, hogy az egyes megbetegedések számát az éghajlat befolyásolja, de hogy ettől függetlenül is a tüdővész és a járványos betegségek nagyon elterjedtek Chileben. Ennek az oka a már jórészt a gyermekkorában rosszul és hiányosan táplált nép csekély ellenállóképessége, főleg az egészségtelen, zsúfolt lakások és a nép tisztatlansága.

A legnagyobb városokban, Concepcionban, Valparaisóban, Santiagóban a legfeltűnőbbek ezek a különbségek.

Concepcionban gyönyörű villasorral szemben, a város végén egész sora az alacsony fabódéknak látható, bennük elhanyagolt külsejű lakosok. Az esős időszak idején a házak előtt feneketlen

sár és víz, a melynek semerre sincsen lefolyása, tehát rendesen bűzös és kitűnő tenyésztalaja a bacillusoknak. Ez általában jellemzi a déli kisebb-nagyobb városokat.

De mégis minden tekintetben első helyen áll a legnagyobb kikötőváros, a szó szerint „paradicsom völgyének“ nevezett Valparaiso. A fekvésére nézve megérdemli a nevét, mert igen szép, és a Cordillerák is láthatók legmagasabb csúcsukkal, az Aconcagnával. (7040 m.). Az éghajlatát a Cordillerák kedvezően befolyásolják.

Mégis Valparaisot inkább a „betegségek völgyének“ nevezném el.

Azt a Valparaisot írom le először, a melyet még közvetlenül a nagy, pusztító földrengés előtt láttam és a melyből részben megérthetők e városnak a kedvezőtlen hygienikus viszonyai. Még normális körülmények mellett is kedvezőtlenek, nemcsak olyan állapotban, mint a földrengés után.

Az igen kezdetleg és eléggé veszélyes lépcsőzetben a mólóra jutva, előttünk az Arturo Pratt, csinos, délvívi növényzettel beültetett tér. Jobbról a hosszú Calle Blanco, a melyen, már itt megemlítem, igen sok a szeszes italokat elárúsító helyiség. Balra a Calle Blanco folytatása és vele párhuzamosan a főutca, a Calle Esmeralda, a mely a szép Plaza Viktoriába torkollik. Ugyanebből a szép térből ágazik el a Calle Viktoria. Ha ezekkel a szép utcákkal nem elégedünk meg, hanem a Calle Viktoriától jobbra eső mellékutczákat is alaposan megtekintjük, mindjárt érthetővé lesz, miért fészke Valparaiso a typhusnak és a fekete himlőnek, miért pusztul el abban annyi ember, a mint tudvalevőleg a legutolsó járvány alkalmával is nyolcz-tízezer volt a himlőben elpusztult emberek száma. Ezeket a mellékutczákat hatalmas, mély gödör választja el, a mely csatornának nem mondható, mert csak az esőzések alatt folyik benne sok víz, egyébként lerakódó helye mindenféle hulladéknak. E mellett jobbra-balra a kiesiny, piszkos külsejű és belsejű bódék fából vagy bádoglemezekből. Ez a kép Valparaisóban több helyütt a szemünkbe tűnik, ha nemcsak a főbb helyeket keressük fel. Néhány olyan házat is láttam, a mely mintegy czölöpökre épült és bent is, fent is voltak lakások, ha ugyan lakásoknak mondhatók ezek az emberek által lakott odúk, a melyek mellett közvetlenül a legpiszkosabb, legegésztelenebb, mindenféle bomló anyagból álló szemétdomb emelkedik. Sok utca szűk és így veszedelmes ebből a tekintetből is.<sup>1</sup> Valparaiso igen nagy kikötőhely, tehát a szegényebb lakosság nagy része munkásokból, csónaktulajdonosokból és igen sok gyűlevész, piszkos, veszélyes népből áll, a melynek a legkisebb gondja a tisztaság, a melynek a nemtörődöm-ségén a legszebb közegészségügyi intézkedések is hajótörést szenvednének. Szerencsére a köztársaságban mindenkinek szabad akarata és önrendelkezési joga van, így tehát ilyen dolgokkal nem kényszerítik az embereket, így pl. a kötelező oltással sem és így természetes, hogy a himlő egész Chilében folytonosan uralkodik, ha sokkal enyhébb mértékben is, és hogy a typhus is állandó vendége Valparaisónak, a mely városnak igazán újraszületésre volna szüksége, hogy a fent lerajzolt kép megváltozzék. Így a későbbi időkre való kihatását tekintve a földrengés, annyi szomorú pusztítása mellett is, a szerencséjére látogatta meg ezt a gazdag, egészségtelen, oly sok fontos dologgal nem törődő várost.

Santiagóban is találhatók piszkos lakások, de a város egészben mégis sokkal egészségesebb, építkezése szerencsésebb, fekvése kedvezőbb (a Cordillerák tövében fekszik), vize jobb, és mint főváros, több hivatásos szakértővel is rendelkezik, a kik a város dolgait jobban ellenőrzik. A santiagói utcák elég szabályosak, csinosak és tiszták, lakossága is rendesebb és korántsem áll oly gyanús, veszélyes elemekből, mint a valparaisoi, a hol a rablógyilkosság úgyszólván napirenden van.

A Chile északi részén fekvő városok is sokkal tisztábbak, sőt a külsejük nemcsak eredeti, hanem sokszor festői a különféle színűre festett házak miatt. Egyébként az északi városok feltűnő tisztaságának ezúttal talán jórészt az volt az oka, mert a hajónkon jött a köztársaság új elnöke, Pedro Montt is a kíséretével, és ezeket a városokat mi az ünnepi köntösükben láttuk. Az előnye az volt a köztársaság új elnökével való utazásomnak, hogy min-

<sup>1</sup> A földrengés alkalmával e szűk utcák házai mintegy egymásra dőltek, úgy hogy lehetetlen volt a menekülés.



dent, iskolát, kórházat és egyéb középületet szabadon megtekinthetem. Az északi városok kopár, homokos, sziklás hegyek tövében épültek fel. Huasco, Coquimbo, Copiapo, Tocopilla, San Serena, Iquique, Arica stb. a jelentőségüket egyedül a salétrombányáiknak köszönhetik. A kikötővárosokban víz nincsen, azt messziről szállítják, tehát drága; fák, különösen kertek ritkán láthatók. Egyáltalában szomorú képet nyújt e városok környéke. Nem kivétel ezek között a legnagyobb és legszebb város, Iquique sem, ámár aránylag több árnyékot találhatunk itt. Arica az egyedüli zöld folt e kopár tengerparton. Csinos, egészséges kis hely igen szép kis parkkal, míg Antofagasta igen poros, piszkos és egészségtelen. E városok építkezésében különösen három dologra voltak tekintettel: a melegre, a gyakori földrengésre és a tüzveszélyre. Azaz csak gyakori károsodás után okultak és így építették a széles utcákat többnyire földszintes vagy egyemeletes házakból, igen könnyű anyagból, a legészakibb részen tető nélkül, a hol erős ponyva helyettesíti a háztetőt. Az ablakok többnyire nagyok. Ezeket a feltételeket azonban sok kisebb ház nem tartotta be, különösen a nép szegényebb része. Ugyanezek a tisztaságot sem tartják életfeltételnek. Magukat az utcákat jellemzi az óriási por, a mely még az úgynevezett „téli“ időben is tűrhetetlen. (Télről az északi részen csak annyiban lehet szó, hogy jóval kisebb a melegség, mint szeptembertől február-márciusig.) Ivóvíz nehezen kapható, azaz legalább is sok helyen aránylag drága. A mentségükre említem ezt az északi városoknak, mert megdöbbenő, hogy az egész Chileben, tehát még a hol vízhiányról szó sincsen, mennyire elterjedt a mértéktelen sör-, bor- és pálinkaivás. Sajnos, az idegenek épen nem maradnak hátra és a szomorú következmények gyakoriak. A sört („cerveza“), a különféle chilei borokat, de különösen a whi-kyt és egyéb pálinkafajokat különösen Valparaisóban, Iquiqueben és Antofagastában, de egyebütt is nagy mennyiségben fogyasztják. A nagy hajókon az italokra való koczázás bevett szokás. Nem is esnék nekik jól az ebéd kocka nélkül. Ismétlem, mértéktelen módon élvezik az alkoholt és ez a csúnya, emberhez nem illő szenvedély sok ember betegségét és pusztulását okozza itt is. Ez is olyan ajándék, a melyet Európából hoztak be ide.

Mint nálunk, úgy itt északon is a munkásoknak kedvencez italuk a különféle alkoholtartalmú italok, ámár különösen az Európából behozottak drágák. Tekintetbe kell vennünk, hogy a munkások napidíja hasonlíthatatlanul magasabb, mint nálunk, viszont az élelmiszerek roppant drágák. A munkások táplálkozása jórészt mégis kielégítő, de annál hiányosabb a déli részek gazdasági munkásaié, a kik a mi pusztai cselédeinknek felelnek meg. A gyári munkások fizetése különböző. A gyárakban sokszor gyermekek is dolgoznak csekély áráért. Így a coquimboi salétromsavfejlesztő és rézolvasztó gyárban 10—12 éves gyermekeket is láttam. Ez nem az egyetlen hiánya a gyermekvédelemnek Chileben.

A mi az egyes városokat jellemzi, jó részükben kórház is van. Ebben a tekintetben tehát igazán dicséretet érdemelnek. Az megint más kérdés, hogy ezek a néha csupán öthatezer lakossal bíró városok kórházai milyen fokon állanak. Maga az a tény, hogy kórházak vannak, a hol a betegek ápolhatók és egyes műtétek véghezvihetők, egyelőre elégséges.

Ezen kórházak jó része igen kezdetleges az építésüket, felszerelésüket és az egész rendszert illetőleg.

Mégis jó volna, ha a mi nagy közsegeink csak ilyen kórházakkal is rendelkeznének.

Tocopillaba való érkezésünkkor értesítettek, hogy a csak két nappal előbb szerencsétlenül járt német hajó egyik tisztje az ottani kórházban fekszik. A műtét közben az utca pora beáramlott a pajtaszerű betegszobába, a hol a műtétet végezték és az ajtóból cigarettázó emberek nézték végig, mintha csak valami látványosság lett volna, a nélkül, hogy a kórház orvosai csak egyetlen megjegyzést is tettek volna.

A kórházakban bizonyos időben ambulans rendelés is van. Természetes, hogy e tekintetben a főváros, Santiago áll első helyen, habár a berendezést illetőleg legalább azok a kórházak, a melyeket felkerestem, sok kívánni valót hagytak hátra. Az egyetemi kórház a párisi „Hotel Dieu“, a „St. Louis“ és egyéb kórházak mintájára az egyes termeket szentek nevével nevezte

el. De úgy látszik, legfőképpen csak ebben követték a francziákat, mert egyebekben természetesen messze elmaradnak mögöttük. A santiagói nagy gyermekkórház teljesen a város külső részén fekszik és hihetetlenül nagy számú beteg gyermek van ott, pedig a felének sincsen elégséges helye. Az ablakok az udvarokra nyílnak, tehát sötétek; viszont a nagy udvar narancsfákkal beültetett, igen szép és kellemes hely. A kórházban a főorvos bennlakik.

A kórházakban a betegek saját ruháikban járnak: sehol nem kapnak intézeti ruhát, a mi nemcsak idegenszerűen, hanem kellemetlenül is hat az európai orvosra.

A mi a nagy gyermekkórházban feltűnő volt: az anyák a beteg csecsemőkkel együtt tartózkodnak a kórházban. Azt hihetnénk, hogy ez helyes rendszer, pedig a kis intelligenciájú anyák inkább megakadályozzák a gyermek helyes ápolását és gyógykezelését, mintsem hogy elősegítsék, a mint ez otthon az állami gyermekmenhelyekben is tapasztalható. Csakis okosan és helyesen gondolkodó és cselekvő anyák használnak a bennlakásukkal; a kórházat felkeresők között ilyen aránylag kevés van. Santiagóban igen szép helyen, a Cordillerákra való kilátással, egy nagy gyermekkórházhoz hozták össze anyagot, de több mint valószínű, hogy a földrengés miatt az építés néhány esztendei halasztást szenved. Az augusztus 16-i földrengés újabb, hatalmas akadály a Chile egészségügye fejlődésének is. Egyelőre elégséges gondot ad az államnak a mindennapi szükségletekről való gondoskodás, az elpusztult kórházak, gyermekmenedékhelyek újjáépítése és a fenyegető járvány megakadályozása.

A mostani Valparaiso állapota ugyanis felette kedvező a járványos betegségek továbbterjedésére. A város jórésze nem egyéb, mint romhalmaz, a mely még sok hullát takar. Hosszú időbe kerül e romok eltakarítása és töménytelen porral jár, úgy hogy most a várost por és füstfelhő takarja, a mint az a tengerrel és az utcán járva is könnyen észrevehető. A hullák kiszabadításán is sokat fáradoznak, de ez a munka is csak lassan halad előre, hiszen egész utcák hevernek romokban, a melyeknek rendbehozására a nagy napidíjak mellett is még sok időre lesz szükség.

Mégis a munka most már rendszeresen folyik, míg az első napokban maga a segélynyújtás is igen hiányos volt. Többnyire egy-két napig is ott heverték a romok között súlyos sebekkel.

Két három nappal később rendes ambulanciákat állítottak fel és ettől kezdve a valparaisoi és santiagói orvosok sokat dolgoztak, mert igen nagy volt a sebesültek száma. A valparaisoi kikötőben tartózkodó hajók az első napokon igen sokat segítettek. A hajók nélkül a valparaisoiak helyzete sokkal kétségbeejtőbb lett volna. A hajóorvosok a sebesülteknek igen nagy számát látták el az első segéllyel, a kik azután a hajón további kezelésben részesültek. Különösen sokat tettek a „Kosmos“ társaság német hajói, a melyek között az „Uarda“ a sanfranciskoi földrengés alkalmával is nagyon sokat tett a sebesültekért. A városban orvosokból álló mozgóorszákat állítottak fel, a melyek többnyire lovon jártak be a város minden részét első segélynyújtás céljából. Ezrekre rugott a sebesültek száma, míg a halottakét körülbelül kétezerre becsülik.

A földrengés éjjelén több egészséges gyermek született. Közülük anyjukkal együtt sokan elpusztultak, vagy csupán az anyjukat veszítették el. (Az ez éjjel született gyermekeket „Terromoto“ névre keresztelték). A kórházakat aránylag kevés kár érte. Az első újsághírek szerint ugyan a német és angol kórház is elpusztult, de e hír hamis volt. A „Hospital san Agustín“ szenvedett kárt, de a betegek nagyrésze nemcsak hogy megmenekült, hanem egy „komoly“ chilei lap szerint „halálos“ betegek hirtelen egészségesekké váltak. Természetesen a lakosság jó része ezt valóság gyanánt fogadja és súlyos tüdőgyulladásban és typhusban, sőt tüdővészben szenvedő betegeket tett meg egészségesé. A valóságban ugyanis a beteget tettetőkön kívül néhány könnyebb hysterikus bajban szenvedő és a krisisen régen átesett tüdőgyulladásos beteg menekült saját lábán a kórházból. Ebből állt a csoda.

A kórházak természetesen zsúfolásig megteltek; a kórházi orvosok napokon keresztül műtétekkel voltak elfoglalva. Maga München dr., a német kórház derék és képzett műtőorvosa, százkon végzett kisebb nagyobb műtétet. Az ő atyja az igazgatója a „Salvavidas“ intézetnek, a mely mentőállomás hajótörések és



tömeges sebesülések esetén. Sajnos, a szépen berendezett, nagy hiányt pótló új épületet a földrengés elpusztította és így ezúttal semmit sem tehetett a sebesültekért. Valóban nagy veszteség, hogy ez a humánus célt szolgáló és eddig is már annyi ember életét megmentett intézet elpusztult, mert most évekre lesz szükség, míg esetleg újra felépítik. Így pusztult el néhány perc alatt sok középület, közöttük egy gyermekmenedékhely (nem a mi gyermekmenhelyeinkhez hasonló intézet) és a jővő és szép berendezésű múzeum is.

A meleg évszak közeledik és Valparaiso a mostani állapotában egészségügyileg a lehető legrendetlenebb. A tömegesen favagy bádglakásokba szoruló szegényebb lakosság, a melynek jó része még kevesebbet törődik a tisztasággal, mint azelőtt, könnyen áldozatává lehet valamely járványnak, akár az állandóan uralkodó fekete himlőnek és typhusnak, akár esetleges pestisnek vagy choleraanak. Igen sokan menekülnek Chile déli városaiba és az idegenek vissza Európába.

Nagyon előrelátó intézkedésekre van itt szükség; ezek megtevésén a földrengés és a tűz pusztítását talán nem fogja követni a járványos betegségek pusztítása, a melyekre most e félig elpusztult városban annyi alkalom van *Lévai Ödön dr.*

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**L. Bourget: Die Krankheiten des Magens und ihre Behandlung.** Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1906.

Huszonegy vonzóan megírt, csak a gyakorlati élet követelményeit szemmel tartó, az elméleti fejtegetéseket lehetőleg kerülő, de azért mindig physiologiai alapon álló rövid előadás keretében ismerteti a lausanne-i egyetem belklinikájának ismert nevű igazgatója a gyomorbetegségeket és gyógyításukat. Noha a munka természetszerűen nem igen tartalmazhat újat: a tárgy beosztása, a gyakorlati élet szükségleteinek helyes felismerése, a nagyképszerűsítől távolálló, mindig az egyszerűsége és könnyen megérthetősége törekvő előadásmód mégis sajátos egyéni jelleget kölcsönöz a munkának és mintegy állandóan ébren tartja az olvasó érdeklődését. Ezek a sajátosságok, karöltve a rövidezséggel, fogják bizonyára kedvelté tenni a munkát.

**Lénhossék Mihály: Útmutatás az anatómiai gyakorlatokhoz.** II. bővített kiadás. Budapest, 1906. Eggenberger-féle könyvkereskedés.

Az első kiadásában hat évvel ezelőtt megjelent kis munka, a mely az anatómiai oktatás úgyszólván nélkülözhetlen segédeszközének bizonyult, javított kiadásban hagyta el a napokban a sajtót. Illetve nem annyira javításról, mint inkább csak bővítésről lehetett szó. A munkának különösen az izmokról és ízületekről szóló része bővült tetemesebben, azután meg az agyvelőről szóló fejezet részeseült alapos átdolgozásban. Hasonló munkák megírásával tanáraink nagy szolgálatot tehetnének orvosi oktatásügyünknek.

**Új könyvek.** *H. Oppenheim: Nervenkrankheit und Lektüre. Nervenleiden und Erziehung. Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. Zweite Auflage.* Berlin, S. Karger. 2 m. — *Frankl-Hochwart und Zuckermandl: Die nervösen Erkrankungen der Harnblase. Zweite Auflage.* Wien, A. Hölder. 4.60 k. — *N. Ortner: Vorlesungen über spezielle Therapie innerer Krankheiten. Vierte Auflage.* Wien, W. Braumüller. 24 k. — *A. Moll: Der Hypnotismus mit Einschluss der Hauptpunkte der Psychotherapie und des Okkultismus. Vierte Auflage.* Berlin, Fischer's med. Buchhandlung. 10 m. — *W. Weichardt: Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung. I. Band: Bericht über das Jahr 1905.* Stuttgart, F. Enke. 8 m. — *J. Hochenegg: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. I. Band.* Berlin u. Wien, Urban und Schwarzenberg. 24 k. — *Kahane-Pietschmann: Die gebräuchlichsten neueren Arzneimittel.* Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 6 k. — *A. Baer und B. Laquer: Die Trunksucht und ihre Abwehr. Zweite, umgearbeitete Auflage.* Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 7 k. 20 f. — *J. Boas: Gesammelte Beiträge aus dem Gebiete der Physiologie, Pathologie und Therapie der Verdauung. Zwei Bände.* Berlin, S. Karger. 30 m. — *Nitze, Kollmann und Jacoby: Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Erkrankungen des Urogenitalapparates. I. Jahrgang, Bericht über 1905.* Berlin, S. Karger. 12 m.

## Lapszemle.

### Idegkörtan.

**Benvenuto Cellini életét orvosi szempontból vizsgálja P. Courbon.** A hereditásra nézve ki kell emelni, hogy családja egészben ideges természetű volt, és hogy szülei az ő születésekor előrehaladott korúak voltak. A jeles művész fiatal korában váltólázban, syphilisben és állítólag pestisben szenvedett.

Benvenuto Cellini a Magnan-féle degenerált agyvelejű ember típusa és különféle ingerekre, pl. betegségek alatt, fogság következtében, túlfeszített munka után deliriumokkal vagy hallucinációkkal reagált. Élete rendkívül nyugtalanul folyt, foglalkozását minduntalan változtatta, tulajdonképp műötvs volt, de ezenkívül nemcsak szobrászattal foglalkozott, hanem zenével is. 27 éves korában katona lett, később Párisban és Florenczben mérnöki terveket akart keresztülvinni, de ez irányú előterjesztéseit nem fogadták el. Irodalmi munkássága szonettjein kívül életrajzában megírásában állott. Ez utóbbi munkája Goethe tetszését annyira megnyerte, hogy németre lefordította. A művész azután papi pályára készült, de két évvel az első tonsura után 60 éves korában elhatározta, hogy megnősül, minthogy azt akarta, hogy törvényes gyermekei legyenek. Ezt a tervét 3 évvel utóbb keresztül is vitte. Sok emberrel volt barátságban, de tartós ez az érzés sem volt benne és minden barátkozása gyűlölködéssel végződött. Kóros gondolkodásra vall, hogy sokszor üldözöttnek mondta magát teljesen ok nélkül és sokszor jelentéktelen ok folytán elhagyta tartózkodáshelyét.

Benvenuto Cellini lelkében a mysticismus mélyen fészelt. Egy ízben maga előtt látta félálomban az Istent, Krisztust, szűz Máriát és a napot közéről. Hallucinatioi közül ez a legnevezetesebb. „Nem akarom elhallgatni a legsodásabb dolgot, mely embert érhet. Elmondom annak bizonyosságára, hogy az Isten a gondviselés titkait rám bizta. Tudják hát meg, hogy az elmondott látogatás óta fejem felett csodás fény maradt meg, a melyet egynehány barátom, kiknek megmutattam, jól látott. Észreveszem árnyékom felett reggel 2 óra hosszat a napkelte után és este napnyugtakor. Láttam Franciaországban, Párisban, a hol jobban látszik, mint Itáliában, mert ebben az országban gyakran páras a levegő.”

Impulsív voltát mutatja, hogy felháborodva három ízben követett el öngyilkosságot, a mi miatt többször megszökni volt kénytelen, és egy ízben számkivetésben is élt. Párisból való elmentekor 3 értékes vázát is vitt magával holmija között elrejtve, de utólérték és elvették tőle őket. Cellini tettét azzal akarta magyarázni, hogy félt az értékes dolgot a királynál hagyni, mert a király beteg volt. Ugy gondolta, hogy a vázák jobb helyen lettek volna a lyoni püspöknél, a kihez szándékában volt kincsét elvinni.

Cellini igen élénken védekezett azzal a váddal szemben, hogy homosexuális ember lett volna. Nagyon gyanus azonban az a magasztalás, melyet egy Paulino nevű tanítványa szépségéről írt, míg aszonyokról hosszú életrajzában kevés említés esik. Párisban kedvese emelt vádat ellene „olasz erkölce” miatt és egy ízben Florenczből elszökött, a mikor egy tanítványának anyja hasonló váddal támadt ellene. Valószínűleg szerzett volt ez a hiba, nevezetes azonban, hogy a kedvelt fiúkban is a női szépséget dicsőítette.

Nem esoda mindezek következtében, ha erkölcsi érzésének hiányairól beszélnek kortársai és életírói. Mi pedig azt mondhatjuk, hogy degenerált agyvelejű ember volt. (Thèse de Lyon, 1906.)

*Kollarits Jenő dr.*

### Sebészet.

**A gyomorrák sebészi kezeléséről** ír *Mayo Robson.* Hangsúlyozza a betegség gyakoriságát. Az Egyesült-Államokban 9000, Angliában 4900 ember hal meg átlag évente gyomorrákban s daczára a betegség ezen gyakoriságának s a korai sebészi beavatkozások jó sikerének, mégis ritkán kerül műtetre a gyomorrák. Ennek oka részben a diagnosis nehézségeiben van; az esetek 50%-ában ugyanis a gyomorrák minden lokális tünet nélkül folyik le s az esetek nagy részében a diagnosis bizonyossággal a bántalomnak



csak oly előrehaladt szakában állapítható meg, a midőn a műtét már hasznát nem hozhat. Ezért a diagnosztikus laparotomiák korai végzését ajánlja oly esetekben, hol az egyén kora, lefogyása, szakszerű belső kezelésre enyhülni nem akaró gyomortünetei rákra csak gyanakodni is engednek. Prophylactice az ulcus ventriculit, mely tapasztalatai szerint az eseteknek mintegy 60%-ában előfutárja a gyomorráknak, kell gastroenterostomiával, a fekély kímésztésével idejekorán gyógykezeltetni. Magának a ráknak sikeres sebészi kezelésére csak azon esetek nyújtanak kilátást, melyek korán kerülnek műtetre s azért még mielőtt a betegek elgyengülne, még mielőtt tumor tapinthatóvá válik, gyanúkok alapján is rá kell hogy szánjuk magunkat az exploratív laparotomira, másfelől oly esetekben is, hol nagy, mozgathatlan tumor inoperabilis rákot engedne felvenni, a viszonyok tisztázása laparotomiával hasznát hozhat a betegnek, mert nem egyszer kiderül, hogy a tumor csak lobos természetű s az egyén gastroenterostomiával teljesen meggyógyítható, a mint azt már számos esetében tapasztalta, olyanokban is, a hol a gyomor körül levő perigastritikus megvastagodásokat még a hasüreg megnyitása után is ráknak tartotta s a melyekben hosszú évekre terjedő, tartós és teljes gyógyulást ért el.

Ha kiderül, hogy rákkal állunk szemben, akkor a további tennivaló a rák helyzetétől, kiterjedésétől, a környezettel való összenövésaitől, mirigy- és egyéb metastasisaitól függ. Inoperabilis cardiacarcinómánál a gastrostomiától (csak 50% mortalitás), kiirthatatlan pylorusráknál a gastroenterostomiától (csak 3-30% mortalitás) látott igen szép eredményeket, míg ott, hol az egész gyomor rákos, a jejunostomiával bírta betegei életét (egy esetben 12 hónappal) meghosszabbítani. A rák eltávolítását csak oly esetekben lehet megkísérteni, a hol a rák nem terjed távolabbi mirigyekbe s a hol a beteg erőbeli állapota kielégítő; ha nem a rák nagy terjedelme ellenjavallja a rák kiirtását, hanem a beteg gyengesége, jó előbb csak gastroenterostomiát végezni, a beteget feltáplálni s a rákot azután kiirtani, a mint arra egy igen tanulságos és biztató példát hoz fel. Mortalitása a partiális gastrectomiánál 16%-ot tett ki, a mi a Maydl, Mayo, újabb Kocher-féle statisztikákkal (14-16%) megegyező. A gyomorrák-kiirtás után meggyógyult 55 betegből 35 meghalt és pedig egy 7, egy 5 év múlva recidivában, 8-an éltek 3 éven túl, az átlagos életkor 2 éven felül volt valamivel. A gyógyultak közt van olyan, a ki 14 év óta recidivamentes. (The Lancet, 1906. augusztus 18.) Pólya.

A fascia temporalis felhasználásáról koponyadefectusok fedésére ír C. Beck (New-York). A Jackson-epilepsia elkerülésére legfontosabbnak tartja annak a megakadályozását, hogy az agy újra a csontozathoz tapadjon. Erre alkalmasnak látszik az erős rostos fascia temporalis, mely a durát pótolja s a melynél remélhető, mint ezt a bonyéknél általában tapasztaljuk, hogy az alatta fekvő képlethez laza, tágreccézű, pókhálószerű szövettel fog csupán oda tapadni. A fascia temporalisból az izommal és periosttal együtt készült lebenyt, melyet úgy hajt vissza, hogy a fascia temporalis az agyra kerüljön, s a periost fektüdjék legfelül; a fascia temporalis szélét finom catguttal a dura széléhez varrja. Sérülés után létrejött koponyadefectus és Jackson-epilepsia két esetében sikeresen hajtotta végre a műtétet s a visszahajtott periostlebenyben az egyik esetben már a rövid megfigyelési idő alatt is képződött csont. (Annals of surgery, 1906. 164. f.) Pólya.

A heretuberculosis miatt castráltak további sorsáról érdekes összeállítást közöl Beck. 62 esetben végeztek a st.-galleni kórház sebészeti osztályán gümőkór miatt castratiót; 49 esetben egyoldali, 13 esetben kétoldali volt a műtét. 9 esetben recidiva miatt kellett a másik herét is eltávolítani, 4 esetben elsődlegesen távolították el mindkét herét. Aetiológiai szempontból a traumának jelentőséget nem lehet tulajdonítani. Leggyakrabban a III-IV. decenniumban fordul elő e bántalom. 34 esetben, tehát az eseteknek több mint felében, a genitális rendszer egyéb helyein is volt tuberculosis, még pedig 6 esetben a prostata és ondóhólyagcsa, 11 esetben a prostata, 14 esetben az ondóhólyagcsa volt beteg. Összesen csak 12 esetben volt a bántalom kizárólag a herén, a többi esetben a szervezetben egybült is találtak gümőt. Az exstirpált herék vizsgálata kiderítette, hogy 25 esetben a mellékherén kívül a here is kóros volt. A castrál-

tak további sorsát kutatva, 42 esetben sikerült róluk felvilágosítást nyerni. Egyoldali castratiós esetek közül 33-nak ismeretes a további sorsa, ezek közül meghalt 8; a másik herében gümő támadt 9 esetben, a másik here intact 16 esetben. A halál átlag 3 1/4 év után állott be. A recidivák az első 3 éven belül keletkeztek. A 15 gyógyult eset közül 13 esetben 3-22 év telt el a műtét óta, 2 esetben 2 1/2 év. Kétoldali castratiós esetek közül 9-nek ismeretes a további sorsa; ezek közül meghalt 6; él és egészséges 2; a műtét óta 7-7 1/2 év telt el. A halált egy eset kivételével tuberculosis okozta. Tehát egyoldali castratio után 45%-ban végleges a gyógyulás és 27%-ban támad a másik oldalon is tuberculosis. Legjobb kilátást nyújtanak azon esetek, a melyekben a gümős folyamat a herére szorítkozik; rosszabb eredményt ad, ha a prostata és az ondóhólyag is beteg; kevés eredményt nyújt, ha a húgyutak tuberculosis is jelen van. Bruns is 46%-ban észlelt végleges gyógyulást és 26%-ban recidivát. A szerző oda concludál, hogy a castrationnak nemcsak tüneti jelentősége van, hanem ezen műtéttel végleges gyógyulást is elérhetünk, ha egyéb szervekben a gümős megbetegedés kizárható. (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1906. 84. kötet, 1-3 f.) Steiner Pál dr.

A heveny mechanikai ileusról ír Ringel az eppendorfi kórházból. Heveny mechanikus ileus alatt a strangulációs ileus eseteket érti; 4 esetben invaginatio, 19 esetben szalagok által okozott megtöretés, 3 esetben volvulus, 1 esetben hernia obturatoria volt jelen. E 27 esetből meghalt 14 = 51.8%. A halállal végződött esetekben már a műtétnél peritonitis volt jelen. Bélgangraena esetén Ringel resectiót ajánl, a sipolykészítést elveti. A belek repositiojára a következő fogással él: az összes eventerált beleket minden oldalról nagy, steril kendőbe takarja, a mely körül a hasi sebbe lesz gyűrve, a segéd a kendőt fixálva tartja úgy, hogy a kendő mint egy sérvtömlő veszi körül a beleket. A repositiót ezután úgy végzi, a hogyan mobilis herniáknál szokás, minden oldalról gyenge nyomást gyakorolva a sérvtömlőre, illetve a tömlőre. Ezen módszerrel mindig könnyen sikerült a beleket reponálni s a hasfalat zárni. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie, 1906. XVI. köt., 2. f.) Steiner Pál dr.

A lumbális anaesthesiához értékes útbaigazításokkal szolgál Dönitz (Bonn). Szerinte ezen érzéstelenítési módszer alkalmazásánál a leggyakoribb hibák a következők: 1. Igen gyakran a stovainnak túl magas adagjait használják, minek következtében súlyos intoxicációk, sőt halálesetek is fordultak elő. Normális dosisként Dönitz 0.04 gm stovaint állapít meg, csak kivételes esetekben szabad 0.06 gm. stovainig felmennünk. 2. A medencezeemelés módszere, melylyel az anaesthesia kiterjedése a legkisebb dosisok mellett szabályozható, még mindig nem ment át a közhasználatba. 3. Az anaestheticum hígítását nagyobb liquor-mennyiségekkel sem gyakorolják eléggé. 4. A punctio technikája sok helyt igen hiányos. Ügyelnünk kell arra, hogy a) a punctiós tű kanülje az arachnoideális zsáknak leghátulós részében fektüdjék; b) hogy minden melléksérülést főleg az idegrendszer részéről elkerüljünk; és c) hogy magát a punctiót könnyedén eszközöljük.

A punctio technikáját illetőleg Dönitz útbaigazításai a következők: A punctio helye fertőtlenítenendő; a beteg hajlott tartásban ül az asztalon, gerincoszlopának mellkasi és ágyéki részét lehetőleg kyphotizálják. Érzéstelenítés aethylchloriddal vagy Schleich-féle oldattal. Az első és második ágyéki csigolya tövisnyúlványa között beszúrunk, esetleg a középvonaltól oldalt, ha a tű a lig. interspinalén elcsúszik. A kanült a középvonalban és felfelé néhány centimetryire előre toljuk, s midőn meggyőződünk, hogy pontosan mediális irányban halad, a tövist kihúzzuk és a kanült lassan toljuk előre addig, a míg liquor nem ömlik.

Most a stovainnal megtöltött feeskendőt applikáljuk a kanül végére, a feeskendőben összevegyítjük a stovaint a liquorral s az így hígított anaestheticumot injiciáljuk. A kanül kihúzása után a beteget lefektetjük és medencéjét többé kevésbé felemeljük, a szerint, a mint magasabb vagy alacsonyabb testsegmentumon történik a műtét. Az injectio után egy-két percetzel megvizsgáljuk a térd-, a cremaster s a három hasi reflexet, 2-3 percetzel az injectio után a kezdődő analgesiat figyeljük meg óvatosan úgy, hogy a beteget holmi durva csipésekkel meg ne ijesztjük.



A reflexek és a hypalgesia csökkenésének fokától függ, vajjon a medencezeemelést fokozzuk-e még vagy sem.

Ezen eljárással Dönitz szerint kifogástalan és veszély nélküli anaesthesia érhető el. (Münch. med. Wochenschr., 1906. 28. sz.)

Gergő.

#### Gyermekorvostan.

A meningococcus okozta pharyngitis jelentőségéről a járványos nyakszirtmeregvedés keletkezésében ír *Ostermann*. Az 1905. december 16. án Beuthenben a járványos nyakszirtmeregvedés ügyében tartott értekezleten többen adtak azon nézetnek kifejezést, hogy a baj terjesztésében alkalmasint a beteg környezetéhez tartozó egészséges egyének játszanak jelentékeny szerepet. Ezen értekezőt kapcsán *Flügge* úgy nyilatkozott, hogy nyilván meningococcusangina, vagy helyesebben meningococcusok által előidézett pharyngitis a betegség alapoka. Az orrgaratűr nyálkahártyájának megbetegedése különböző intenzitású lehet: gyakran nem jár semmiféle tünettel, ritkán van jelen erősebb elválasztással egybekötött nyálkahártyavérzés, de ekkor sem haladják túl a sub-jektiv tünetek a közönséges nátháéit vagy garathurutéit. Legtöbbször tehát alig észrevehető folyamatról van szó. Minthogy azonban járvány esetén a garathurut ezen specifikus alakja sok egyénnél megtalálható, jóval többnél, mint a mennyi az agyhártyalobban megbetegedettek száma, azért ezen egyének a betegség terjesztésénél kiváló figyelemre érdemesek.

Mindez ideig azonban kevés észlelet áll rendelkezésünkre, mely a meningococcusok előfordulására egészséges egyéneknél vonatkoznék. S még kevesebb olyan, a hol nemesak górcsői, de kulturális vizsgálatok is történtek. Legtöbb tapasztalata van e téren *Lingelsheim*-nek, ki 346 egyént vizsgált meg a betegek környezetéből s ezek közül 24-nek orrgaratváladékából kitenyészette a meningococust. Ámde a cocushordozók számát ennél magasabbra kell becsülnünk, mert a váladékot igen sokszor csak az orrjárat elülső részéből vették, pozitív eredményt pedig csak akkor kapott és kaphatott, midőn a szondát az orron át a garatig vezették. Rendszeres vizsgálatot csak egy iskolában végeztek: 56 gyermek közül négy cocushordozót találtak, s ezek nyakszirtmeregvedéses beteg környezetéből származtak.

Rendszeresen eszközölt bakteriologiai vizsgálatok bizonyítják be, hogy a környezet a betegség terjesztője. Ezért *Ostermann* megvizsgálta a garatűr felső részéből vett váladékot hat olyan család összes tagjainál, a hol egy-egy gyermek agyhártyalobban szenvedett. Az anyag vételére derékszög alatt meggyörbített rézszonda szolgált, melynek végére steril vattát göngyölített. Ezt a szájon át bevezette, kitörölte vele a garatűr hátulsó felső részét, s a váladékot culturálisan vizsgálta. A hat megvizsgált család mindegyikében talált cocushordozókat és pedig 24 családtag közül 17-nél. Mindenik meningococustörzs kórismézésének biztosítására ezenkívül specifikus serummal eszközölt agglutinatio szolgált.

Érdekes volt egy esete, a hol egy gyermek három nap mulva az anyagvétel után betegedett meg járványos agyhártyalobban. Hogy miért jutnak ilyen esetekben hirtelen a cocusok az agyburkokhoz, nem tudjuk. Valószínűnek tartja, hogy a meningococcusok az orrgaratűrbe való jutásuk után nem azonnal mennek valami külön praeformált úton arra disponált egyéneknél az agyburkokhoz, hanem az invasio csak accidentálisan történik a vérpályába.

Az *Ostermann* által vizsgált cocushordozóknál az orrgaratűr részéről alig volt tünet, mégis ezekben kell a betegség terjesztőit keresnünk. Járványmentes időben 60 egyént vizsgált meg negatív eredménnyel. Érdekes, hogy *Ostermann* maga 14 napon át mutathatta ki orrváladékában a meningococust.

E vizsgálatok után az orrgaratűr felső részét kell a meningococcus fő székhelyéül tekintenünk. Eltávoznak a nyálkával, s köhögéskor a szálló cseppekkel. Ez utóbbit bizonyítja ugyancsak *Ostermann* vizsgálatai, midőn három cocushordozó fél meter távolról ascitesagarlemezre s tárgylemezre köhögött, s a vizsgálat pozitív eredménnyel végződött.

Nem tartja ezek alapján elegendőnek az eddig szokásos óvintézkedést, mely a megbetegedettek elkülönítésére szorítkozik. Az elkülönítésnek lehetőleg a beteg környezetére is ki kell terjesz-

kedni. Fontosnak tartja a megbetegedés helyén eszközölt bakteriologiai vizsgálatokat. Ezért oly állásokat kellene szervezni, melyeknek a betöltői községről községre utaznának és ott a hivatalos orvosok segítségével a vizsgálatához szükséges anyagot vennék. Kiváló fontosságú, hogy a beteg környezetéhez tartozó iskolaköteles gyermekek az iskolából kitiltassanak, esetleg nagyobb járvány esetén az iskolákat bezárjuk. Ez utóbbinál azonban vigyázni kell, mert ép azt érhetjük el az iskola bezárása által, hogy a gyermekek otthon érintkeznek majd, s így terjesztik a bajt.

Ajánlja e mellett a lakosság kioktatását, s e célból a következő irat terjesztését:

#### Figyelmeztetés!

Nyakszirtmeregvedés járványos jelentkezése idején ezen betegség okozói sok embernél a garatfal nyálkahártyáján székelnek. Ezek ott némelykor erősebb nyálkaelválasztást, náthát okoznak; máskor jelenlétük semmiféle észrevehető tünettől nem jár. Ezen kórokozók egyik egyénről a másikra terjednek: 1. az ujj által, midőn azzal a szájat vagy orrot érintjük, csók, evő- s ivó-eszközök révén; 2. a köpet által, mely köhögéskor, krákogásnál távozik, s az orrváladékkal; 3. a köhögéskor, hangos beszédnél szétszórt nyálcseppekkel.

Ezen kórokozók elterjedését kerülnünk kell, mert oly emberekre (különösen gyermekekre) juthatnak el, kiknél nemesak könnyű garathurut, hanem különös fogékonyság következtében súlyos, sőt halálos nyakszirtmeregvedés keletkezik.

Ezért mindenki, kinek környezetében ilyen beteg van, vagy a ki érintkezett ilyen beteg környezetéből valakivel, három hétig legyen figyelemmel a következő óvószabályokra:

1. Kerüljön minden szükségtelen összefüvetelt a többi emberekkel: nyilvános helyeket, gyűléseket, a hol sok ember jön össze, ne keressen fel. El nem kerülhető érintkezés alkalmával tartsa magát a többiekétől távol, s ne csókolódzzék, ne használjon közös evő- és ivóeszközt.

2. Köpetet és orrváladékot vászon- vagy muldarabon, esetleg papírzsebkendőben fogjon fel, melyet azonnal el kell égetni. Használt zsebkendőket 10 perczig kell forrásban levő vízben tartani, vagy egy órára kresolvízbe tenni. Köpettel vagy nyálkával érintkezett ujjakat ez oldattal kell mosni, a beszennyezett padló-részek s ruhák ezzel nedvesítendő be.

3. Beszéd és köhögés alkalmával kartávolságra álljunk embertársainktól. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 11. sz.)

Flesch dr.

#### Bőrkórtan.

Antipyrin-használat kapcsán támadt szokatlan bőrkiütést észlelt *H. Degle*. Az antipyrin által létrejött kiütések nem ritkák és eléggé ismeretesek. Ezek az antipyrinexanthemák rendszeren általánosak, kiterjedtek és kanyaró- illetve urticariaszerűek. A szerző esetében az antipyrin kiütés egészen szokatlan megjelenésű volt. Betege ugyanis neuralgiás fájdalmak miatt néhány gm. antipyrin kapott, a mire nemsokára heves izzadás kapcsán típusos sudamina fejlődött ki a bőrén. A sudamina főleg a hát jobb felén helyezkedett el. Ehhez csakhamar élénkpiros, kissé kiemelkedő, 2 fillérnyi foltok támadtak a bőrön, a melyeknek sajátos elrendezése felette furesa képet nyújtott. A lapos papulák t. i. a vertebra prominens kezdődtek s onnan lefelé, közvetlenül a gerincoszlopnak megfelelően kettes és hármas sorokban rendeződtek el, le egészen a keresztesont tájáig. Hasonló kiütés volt sűrűbb csoportban a jobb lapoczká területén. Az antipyrin felhagyásával a papulák csakhamar halványodtak, hámlani kezdtek s végül csekély pigmentatio hátrahagyásával eltűntek. A szerző, a ki e kiütést egyedül az antipyrin kezelés eredményének tartja, minden idegrendszeri elváltozást kizár, noha maga is kiemeli, hogy a feltűnő localisatio első sorban az idegrendszerre terelte a figyelmét. Az a körülmény azonban, hogy a kiütés oly kiterjedt területen jelentkezett s a gyógyszernek félbenhagyására hamar elmúlt, a jelen esetet mégis az antipyrinexanthemák csoportjába sorolja. Azt az eshetőséget, hogy a papulák kiütés egyszerűen artefactum is lehetett, a mi az ábra megtekintésére épen nem látszik lehetetlennek, a szerző nem említi. (Wiener mediz. Presse, 1906. 42. sz.)

Gussman.



A bőr felszívó képességét vizsgálta kísérleti úton *Sutton*. Tudnivaló, hogy a bőrre alkalmazott gyógyszeres anyagok közül mindig azok a leghatásosabbak, a melyeknek áthatolási képessége a legnagyobb. A szerző vizsgálatait tengerimalaczokon és házinyulakon végezte és a kísérleti anyagoknak a bőrben való tökéletesebb kimutathatása céljából különféle anilinfestéket használt, a melyekkel az egyes anyagokat láthatóbbá tette. A bekent és bedörzsölt különböző anyagok rövidebb-hosszabb ideig maradtak a bőrön (15 perctől 16 óráig). A kimutatás azután frissen kimetszett bőrreszleteknek fagyasztott metszetein történt. A metszetek átvizsgálásából kiderült, hogy a felszívódás kizárólag a faggyúmirigyek útján jön létre. A szőrtüszőnek azon részében, mely a faggyúmirigyek beszajadásától alább esett, kísérleti anyagot alig lehetett kimutatni. Nyilvánvaló ebből, hogy a tüsző mélyében ülő betegségek kezelésében mily felette kérdéses a különböző anyagok külső használata. A számos kísérlet eredménye gyanánt kiderül, hogy a vehiculumok közül a legjobban beivódó anyag a libazsír, az ol. olivum és a cedrusolaj, a szorosan vett gyógyszerek közül pedig az ichthyol, ha cedrusolajjal vagy ol. olivummal van keverve. (Monatshefte f. prakt. Dermatol., 1906. 43. k. 8. f.)

Guszmán

### Húgyszervi betegségek.

A veseverőér lekötése után a vesében keletkező szöveti elváltozásokat figyelte meg *M. Jungano*. Az ő kísérletei megerősítik azon észleleteket, a melyeket már jóval előtte *Schultz*, *Cohn*, *Blessig* és *Talma* részletesen ismertettek, t. i., hogy ilyenkor a kanyarulatok húgyesatornácskákban ép úgy, mint a Bellini-félékben táplálkozás zavar áll be, a mely szemcsés, később zsíros elfajulásra, utóbb pedig elmeszesedésre vezet, és hogy a csak néhány óráig tartó kezdeti hyperaemiát csakhamar tartós ischaemia váltja fel. Szöveti tanulmányából levonja azon következtetéseket, a melyek klinikai értékkel bírnak. 1. A veseverőér lekötése után a restitutio ad integrumnak semmi jelét nem látta, a mi érthető, mert a nedvelésválasztó epithelium tönkremenésével hiányoznak mindazon elemek, a melyek a regeneráló folyamatot megindíthatják. 2. Bár egyes kivételes esetekben elkerülhetjük azon zavarokat, a melyek a nekrosis következtében a szervezetben előállnak, a vese mégis rostosan elfajul és el is meszesedhetik. 3. Ha a verőér megsérült, úgy a nephrectomiát végezzük, ne pedig a lekötést, mert ez utóbbi nemcsak a lekötött vesének a működési képességét rontja meg, hanem a most már kettős munkára hivatott másik vesét is zavarja. A nephrectomia további előnye még az is, hogy bizonyos mértékig csökkenti úgy a sérülés következtében várható fertőzésnek, mint a lekötött vese elhalásából eredő intoxicationnak az esélyeit. (Annales des malad. des organ. génito urinaires, 1906. 13. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Az egyszerű hypertrophiának a prostatectomia után várható kiújulásáról értekeznek *André*. Maga a szerző is jó ideig osztotta sok sebésznek azt a véleményét, hogy a prostataszövet a műtét után újabb túltengésre hajlandó és így bizonyos idő múlva bekövetkezik azon régi zavarok, a melyek miatt a beteget eredetileg megoperáltuk. Két esete azonban, a melyeket részletesen közöl, meggyőzte arról, hogy az esetben, ha a műtétkor a mirigy teljesen kifejtjük, vagyis nem hagyunk meg mást, mint a tokot, úgy ez be nem következhetik, és ha bármely idő múlva újabb daganatot találunk, akkor már eredetileg sem volt egyszerű hypertrophiával dolgunk, hanem rákos elfajulással. Ezen két kóralakot nem is olyan ritkán igen nehéz egymástól megkülönböztetni; hivatkozik *Albarra* és *Motzra*, a kik minden tizedik klinikailag egyszerű túltengésnek kórismézett esetben a górcső alatt rákos laesiókra bukkantak. (Annales des malad. des organ. génito-urinaires, 1906. 13. füzet.)

Drucker Viktor dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A bromatol nevű újabb készítmény, a melyet a *Dietrich* és társa zürichi cég állít elő, bromoformból és csukamájemulsióból áll. A szer csukamájolajtartalma 35—40%, a bromoformból pedig annyit tartalmaz, hogy minden köbcentiméterben 1 csepp bromo-

form van, ennél fogva az adagolás nagyon kényelmes. *Briess* nagyon jó eredménnyel használta a bromatolt pertussis, valamint heveny és idült bronchitis eseteiben. A harmadik életévet meghaladott gyermekeknek naponként 3-szor adott kávéskanálnyi s azután minden egyes életévre 2 kávéskanálnyival többet használt naponként, úgy hogy például 4 éves gyermek 5 kávéskanálnyi, 5 éves gyermek 7 kávéskanálnyi kapott minden nap. Felnőtteknek evőkanálnyi adható 3—4-szer naponként. (Österreichische Ärzte-Zeitung, 1906. 11. szám.)

Az ophthalmoblennorrhoea neonatorum megelőzésére *Herff* a sopholt (formonucleinezust) ajánlja. Előnye az argentum nitricummal szemben, hogy összehasonlíthatatlanul kevésbé izgat és hatása a konyhasótartalmú könnymirigyváladékban nem gyengül. Minthogy nagyobb tünetmennyiségű oldatai is veszély nélkül használhatók, az oldat beszáradásától feltételezett töménységfokozódástól nem kell félni, mint az argentum nitricumnál. Hideg úton készített 5%-os oldat használandó, a melyet sötét üvegben kell tartani. A szerző véleménye szerint a sophol bátran adható a laikusok kezébe is. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 20. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1906. 46. szám. *Hollós István*: Az alkoholisták gyógyítása az elmegyógyintézetben. *Kaiser Károly*: A pellagra Magyarországon.

Orvosok lapja, 1906. 47. szám. *Tanco Teofil*: Néhány újabb gyógyszerrel az urológiai gyakorlatban. *Falta Marcell*: Gyakorlati útmutatás a trachoma gyógyításában.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 47. szám. *Heinrich Béla*: A csecsemőbélvár vizsgálatáról. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle” melléklet, 4. sz. *Minich Károly*: A törvényszéki orvostan jelentősége. *Waldmann Fülöp*: Mit tehetne a székes főváros az iskola-higiene terén? *Grósz Menyhért*: A küzdelem a tuberculosissal ellen Franciaországban. „Fürdő- és vízgyógyászat” melléklet, 4. sz. *Hammersberg Árpád*: Tátra-Lomnycz mint téli klimatikus gyógyhely.

### Vegyes hírek.

Lapunk szerkesztősége és kiadóhivatala mult hó 18.-a óta IX., Knezits-utca 15. sz. alatt van.

Kinevezés. *Generisch Vilmos* dr. egyetemi tanársegédet a belügy-minister segédfogalmazóvá nevezte ki. — *Gellér Elemér* és *Mezey János* dr.-okat a székes főváros főpolgármestere a balparti kórházak segédorvosává nevezte ki. — *Windt András* dr.-t Hidvégre járárorvossá, *Lederer Dezső* és *Gáspár Ignác* dr.-okat Szegeden kerületi tisztiorvossá, *Kovács Ödön* dr.-t a szegedi kórházhoz segédorvossá nevezték ki.

A „Budapesti orvosi kör országos segélyegyletének” alapszabályai szerint segélyre jogigényt tarthat minden rendes tag, a ki munkaképzettségét, vagy kinek özvegye és árvái szegénységüket hitelesen bizonyítják. A segélyért a folyamodást 1906 december 24.-éig kell beküldeni Rákosi Béla dr. elnökhöz. Lakása: Budapest IX., Üllői-út 19.

A „Petőfi Sándor” fővárosi betegsegélyző és temetkezési egylet néhány hét előtt felkérte Sági Ignác dr. kartársat, a X. kerület egyik orvosát, hogy az egyletnek Kőbányán felállítandó fiókosztályánál vállalja el az orvosi állást. Sági dr. hivatkozva a X. ker. orvos-gyógyszerész-társaság 1903. január 5.-i megállapodására, ezen felkínált állást visszautasította. Az említett egylet ekkor egyenesen az orvostársasághoz fordult. Az orvostársaság válaszában kijelentette, hogy az 1903. évi megállapodását továbbra is fenntartja. A „Petőfi Sándor” egylet erre kijelentette, hogy ha a X. kerületi orvos-gyógyszerész-társaság velük szemben a passivitást fenntartja: ők egy fiatal orvost fognak a kerületbe küldeni, a ki az egylet tagjainak naponként rendelő órát fog tartani. Erre vonatkozólag a X. ker. orvos-gyógyszerész-társaság 1906. október 12.-i értekezlete azt határozta, hogy tagjai az egyletnél orvosi állást nem fogadnak el és a gyógyszerészek hitelt nem adnak. Az egész ügyet pedig a budapesti orvosszövetség választmánya elé terjesztik azon kéréssel, hogy a „Petőfi Sándor” egyletrel szemben tanúsított magatartását vegye tudomásul és gondoskodjék a határozat kellő közzétételéről azon figyelmeztetés hangsúlyozásával, hogy az orvosi solidaritást sérti az, a ki ezen betegsegélyző egyletnél állást vállal. A budapesti orvosszövetség választmánya foglalkozott ezen ügygel, a legnagyobb elismeréssel fogadta a Beretzky Endre kartárs vezetése alatt álló X. kerületi orvosgyógyszerész-társaság erőfeszítését és azonosította magát azzal a kijelentéssel, hogy sérti az orvosi kar solidaritását és anyagi meg erkölcsi érdekét, a ki a X. kerületben vállalkozik arra, hogy az ottani orvos-gyógyszerész-társaság megállapodása ellen cselekszik.

A gümőkór ellen védekező dunántúli szövetség november 25.-én tartotta Szombathelyen alakuló közgyűlését, utána pedig megnyitották a tuberculotikus betegeknek Magyarországon első rendelő intézetét, a melyről a jelen voltak a legnagyobb elismerés hangján nyilatkoztak.



A „magyar Orvosok és Természetvizsgálók vándorgyűléseinek“ központi választmánya október 24.-én tartott ülésében az 1907. évi özszen Pozsonyban tartandó XXIV. vándorgyűlés elnökévé gróf Apponyi Albert vallás- és közoktatásiügyi minisztert választotta meg s egyúttal elhatározta, hogy a vándorgyűlés elnökségének elvállalására küldöttség útján fogja felkérni. A vándorgyűlés alelnökévé megválasztottak: Brolly Tivadar dr. kir. tanácsos, városi polgármester, ki egyszersmind a helyi bizottság elnökségének elfogadására és megalakítására is felkérte, Schmidt Hugó dr. áll. kórh. főorvos, Velits Dezső dr. bábaiskolai igazgató, Lóczy Lajos dr. egyetemi tanár, Pantocsek József dr. áll. kórh. igazgató. Titkárrá választottak: Fischer Jakab dr. áll. kórh. főorvos, Mergl Ödön dr. városi főorvos, Schwicker Alfréd dr. főreáliskolai tanár, Klatt Román dr. főgymn. tanár, Szép Rezső dr. lyceumi tanár. Az orvosi szakosztály megnyitására Pávay Vajna Gábor dr. kir. tan., áll. kórh. főorvost, a természet tudományi szakosztály megnyitására Ortvay Tivadar dr. egyet. m. tanárt, a pozsonyi Orvos-Természet tudományi egyesület alelnökét, a társadalmi szakosztály megnyitására pedig Perjessy Mihály dr. kir. táblai bírót kérték fel.

**Biharmegye közpórháza** fennállásának századik évfordulóját november 24.-én ünnepelték meg a megye és Nagyvárad város előkelőségének élénk részvétele mellett.

**Helyreigazítás.** Köszönettel vettem *Baumgarten Samu* igen t. kartársam figyelmeztetését, hogy a körülmételeiről irt dolgozatomban cikiztek helytelenül értelmeztem; ő t. i. a luxatio penist nem a „periah“-nak tudja be, hanem hullakísérlet alapján következőképen magyarázza: „Hullán körülmételest végezve és a mony bőrét utána erősen meghúzáva, a húzás megszűntével a makk a penoserotálredőre támaszkodik és könnyű nyomásra a serotum bőre alá csúszik.“ A helytelen idézés egy külföldi téves referátum alapján történt.

Deutsch Ernő.

**Meghaltak.** *Rigler András* dr. székesfővárosi fogorvos 28 éves korában. — *Patzauer Félix* dr. 30 éves korában Dunaszerdahelyen. —

**Kisebb hírek külföldről.** *Völckers*, a kieli egyetem ismert szemorvos-tanára e felév végén megváltik állásától. — *Golgi* tanárnak (Pavia), a Nobel-díj egyik jutalmazottjának tiszteletére tanítványai ünnepséget rendeznek s a nevére alapot gyűjtenek. — A florenzi egyetem nő-orvostani tanszékére Pestalozza tanár utódjává *Resinelli* tanárt hívták meg Parmából. — Turinban *Carrara* dr.-t a törvényszéki orvostan rendes tanárává nevezték ki. — A liverpooli egyetemen az újonnan szervezett „összehasonlító kortan“-i tanszékét *H. E. Annett* dr.-ral, a bel-orvostani tanszékét *E. E. Glynn* dr.-ral töltötték be. — *W. Ebstein* tanár, a göttingeni híres belklinikus, november 27.-én ülte 70. születésnapját. — *Matthes* dr.-t, a kölni orvosi akadémia tanárát Erlangenbe hívták meg a poliklinika és gyermekklinika igazgatójává. — *F. Meschede*, a köingsbergi egyetemen az elmeorvostan tanára, november 21.-én ünnepelte orvos-doctorrá felavatásának 50. évfordulóját. — *A. Enke*-t, a stuttgarti F. Enke-czég főnökét, a tübingeni egyetem orvosi kara tiszteletbeli orvosdoktorrá nevezte ki az orvosi munkák kiadása körül szerzett érdemeiért. — *L. Asher* dr.-t Bernben az élettan rendkívüli tanárává nevezték ki. — *Van Gehuchten* Löwenben az idegkörtan rendes tanára lett.

Az első nemzetközi orr- és gégeorvostani congressust 1908. április 21—25.-ig Bécsben fogják megtartani, a szakma megalapításának 50 éves jubileumával és a Türk-Czermák-émlékünnepélyvel együtt. Ezen alkalomból 4 tudományos és 2 általános érdeklő referátum lesz: 1. A felső légutak helyi bajainak általános gyógykezelése, referensek Semon és Spiess. 2. A felső légutak gümőkórjának gyógykezelése, referensek Gleitsmann és Heryng. 3. A Röntgen-sugarak és a radium diagnostikai és therapeutikai jelentősége a rhinolaryngológiában, referensek Burger és Gradenigo. 4. Összefüggés az orr, orrgarat és a szem megbetegedései között, referensek Onodi és Kuhnt. 5. Az orr- és gégeorvoslás általános orvosi szempontból, tanítás és vizsga a különböző államokban, referensek Fränkel és Lermoyez. 6. Az internatiónális laryngorhinológiai congressusok, referens: Jurasz. Előadásokat legközelebb ez év végeig kell a titkárnál (Prof. M. Grossmann, Wien, IX., Garnisonsgasse 10) bejelenteni. A tagsági díj 25 korona, a mely a congressus pénztárosa-nak (Dr. Gottfried Scheff, Wien, I., Hoher Markt 4) küldendő be. A Türk-Czermák-ünnepély emlékére díszes emlékérmét veretnek, a melyet a tagok ingyen kapnak.

**Servetusnak**, a XVI. század jeles orvosának emlékszobrot szándékoznak emelni Vienne-ben (Departement Isère), hol 12 évig működött. Miguel Serveto tudvalevően a kis vércs felfedezője s a földrajz tudományának is egyik megalapítója. Szerencsétlenségére irodalmi működésében theologiai kérdésekkel is foglalkozott s ez okozta a vesztét, mert 1553-ban a vakbuzgó Calvin befolyására a genfi városi tanács mint eretneket tűzhalálra ítélte s ki is végeztette. Párisban és Genfben már van emlékszóba Serveto-nak.

A sörfogyasztás Münchenben az utóbbi években csökkenőben van. 1902-ben személyenként (a nőket, gyermekeket és csecsemőket is beleértve) 367 liter sör fogyott el; ez a mennyiség 1903-ban 339, 1904-ben 315 és 1905-ben 296 literre csökkent, a mi azonban még mindig 77 márka értéket képvisel. Ha csupán a felnőtt férfiakat vesszük számításba: minden egyesre évenként 900 liter sör esik 231 márka értékben.

A hosszúéletűségnek ügylátszik Bulgária a házája, mert 3.800.000 lakója között 3800 100 éven felüli korban van. Németország 55 millió lakója között csak 78 a 100 éven felüli korban levő, Angolországban pedig 146 és Franciaországban 213 egyén van ebben a korban.

## Kérelem.

**Magyarország Orvosainak Évkönyve és Czimtára** szerkesztősége azon kérelemmel fordul az igen tisztelt orvos urakhoz, hogy a küldött kérdőíveket minél előbb kitöltve visszaküldeni sziveskedjenek, nehogy a személyükre vonatkozó adatok az Évkönyvnek már karácsony táján megjelenő, 1907. évre szóló XVII. évfolyamában tévesen forduljanak elő. Az ez év folyamán letelepedett orvos urakhoz pedig, kiknek neve és címe eddig az évkönyvben nem volt még meg, azon kérelmet intézi a szerkesztőség, hogy lakhelyüket a szerkesztőséggel mielőbb közölni sziveskedjenek. Kérdőíveket szívesen küld a szerkesztőség, Budapest, VII., Kertész-utca 16.

A „Guajatin Jenes“ azon kevés hazai készítmény egyike, melyek aránylag rövid idő alatt jó hírnévre tettek szert. Készíti pedig ezt a céltudatos összeállításából kifolyó kitűnő hatásának. Tüdő- és bél-tuberculosisban, főképen azonban influenzás tüdőgyulladásoknál rendkívül jól vált be. A Guajatin Jenes előnyehez tartozik az is, hogy igen jó ízű, étvágyfokozó készítmény, melyet gyermekek és gyenge szervezetűek is jól tűnnek. Készítője Jenes Vilmos gyógyszerész Budapest, II., Széna-tér 1.

H. Barkowski berlini czég kitűnően ismert gyártmányai, ú. m. „Perdynamin“ és „Lecitin-Perdynamin“ a bécsi nemzetközi hygienikus kiállításon a haladási aranyéremmel egybekötött oklevéllel lettek kitüntetve.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Digalen“ című prospektusa van csatolva.

Mai számunkhoz a Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a. M. czég „Novocain“ című prospektusa van mellékelve.

**ABBAZIA Dr. SZIGETI MÁRTON** a légzőszervek specialistája.

**Marilla** sanatoriumban a napi pensio: lakás, kiszolgálás, világítás, ételmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt — 12.50-16 koronába kerül. — Az igazgatóság.

**Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete**, Budapest, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellea. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kiváncra bővebb értesítés.

**Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet.** Igazgató-tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., összes fizikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmái. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczefordulások.

**Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében** VI., Andrassy-út 84, megfigyelés alatt álló szoptatós dajkák, minden időben kaphatók. Telefon 93—22.

**Elektromágneses intézet** (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, schias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Orvosi kezelés Mérsékelt díjak. Kiváncra prospektus. Vezető orvos: Réh Béla dr.

**Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma** IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.

**Budapesti Orvosi Laboratorium** IV., Koronaherecz-utca 18, I. em. Minden nemű és kóros váladékot (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, gőrsői és bakteriologiai vizsgálata. Klinikai diagnostika. Tulajdonos: Arányi Gusztáv dr. karibadi gyakorló fürdő-orvos (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-áig, vagyis a fürdő-orvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktársa vezeti.

**Orvosi laboratorium:** Vezető: Dr. Vas Bernát, Poliklinika. (Szövetség-utca 14—16.) Telefon-szám 90—46.

**FANGO** GYÓGYINTÉZET. Körüti fürdő (Erzsébet-körút 15. Csúsz, köszvény, consecutiv neuralgiák, sebészi utóbántalmak ellen. Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.

**Dr. Widder Bertalan** operateur testegyesítő (orthopädia) intézete csont- és izületi (tuberculosikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel. d. e. 11—12., d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

**Simonyi Béla dr.** Modern Röntgen-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágítás; Röntgen-felvételek. Harminczad-utca 6. (Erzsébet-tér sarok) Telefon 49—57. Vibrációs massage



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIII. rendes tudományos ülés 1906. november 24.-én.) 1093. l. — Közkórházi orvostársulat. (VIII. bemutató ülés 1906. október 10.-én.) 1094. l. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 1096. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1906. november 24.-én.)

Elnök: Erős Gyula. Jegyző: Kövesi Géza.

Az elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Schiller, Borszéký és Heim tagtársakat. Felkéri a tagokat, hogy az Ivanchich-alapból való segélyezés végett ajánlataikat december 1.-éig tegyék meg. Jelenti, hogy az egyesület könyvtára részére beérkeztek: Fellner Leopoldtól különlenyomat és Leopold tanártól Drezdában „Über ein sehr junges menschliches Ei in situ.“ Végül „Dolgozatok Tauffer Vilmos dr. 25 éves egyetemi tanárságának emlékére.“ Köszönettel vétetnek.

## A subphrenikus tályog által okozott heveny genylégmellről.

Schiller Károly: A subphrenikus tályog a rekeszen és a pleura diaphragmaticán keresztül betörhet a szabad pleuraüregbe, ha két lemeze nincsen összenöve. Ilyenkor az élőben a pyothorax vagy pyopneumothorax tünetei fognak bekövetkezni, a szerint, hogy a tályog csupán genyet vagy gázt is tartalmazott. Az esetek túlnyomó többségében a betörés lassan jó létre. Klinice nem észlelhető. Ritkábban fordul elő a hirtelen betörés a pleuraüregbe, a mikor a heveny pyo- vagy pyopneumothorax létrejöttét heves dyspnoé és collapsus jelzi. Maydl négy esetet ír le, azóta Schlesinger és Reizenstein egy-egy esetet észlelt, melyben heveny pyopneumothorax jött létre mint első jele az addig elrejtett subphrenikus tályognak.

Alkalmam volt egy esetet észlelhetni egy 44 éves férfinál, kinél jobboldali pyopneumothorax subphrenicus volt jelen. Pneumonia áttállása után a beteg gyengélkedő maradt, egy ízben pleuritis siccája volt a májtompulat felett. Nehány hónappal később influenzás bronchitis alatt betegségének 7. napján az addig subfebrilis beteg erősen lázas lett, reggeli remissiókkal, s perihepatitis és jobboldali exsudatum pleuriticum jelentkezett. Ezután még 2 ízben észleltem a betegnél pleuritis-rohamot a jobb oldalon.

A tüdőesúcsok epek, gümöbacillus nem volt található a véres köpetben. 1905 május hóban Palermóban lázas lett, betegségének második hetében erős köhögési inger után fuldoklás közben majd 3/4 liter bűzös genyet ürített a száján át, mire a láza csökkent. Összeszedve magát Nápolyba ment, hol Schrön tanár a baját spontán a bronchusba tört subphrenikus tályognak tartotta. Hazaérkezve, jobboldali pyopneumothorax subphrenicus apertus tünetei voltak jelen, a genylégmell physikális jelein kívül megvolt a Litten-, Neusser-, Jaffé- és Leyden-féle tünet. A reggelenként bőségesebb genyes köpetben sohasem volt gümöbacillus vagy echinococcus-horog található.

Röntgen-vizsgálat alkalmával egy a harmadik bordáig terjedő csomka kúp alakú intenzív sötét árnyék volt a jobb mellkasfélben. Néhány hét múlva retentio alkalmával egy bordaközzezzel magasabbra terjedt fel az intenzív árnyékkép. (Stein Adolf.) 4 ízben észleltem betegemnél a retentiót, remittáló intermittáló lázakkal, a genyes köpet ürülésének teljes megszűnésével. Az utolsó retentioja 1905 december végén kezdődött. Januárban Gersuny műtét végett a Rudolfinerhausba vette fel. 1906 február 10.-én jött onnét vissza erősen leromolva, műtét nélkül, folyton nyögve, a tomputat a negyedik bordáig emelkedett.

Bécsben Kienböck átvilágításakor az egész jobboldali mellkasfélben intenzív sötét árnyékot látott, a levegő tehát erősen felretolatott, a mediastinális szervek minden inspiratio alkalmával jobbra tértek, ki-légzőskor pedig előbbi helyükre visszatértek. 1906 február 11.-én d. u. 1/25 órakor erős köhögési inger közben fuldoklás között majd 1 liter geny ürült a száján át és a beteg hirtelen collabált, az egész jobboldali mellkasfélre kiterjedő zárt genylégmell jött létre és pár óra múlva meghalt.

Esetemben érdekes a thoracalis szervből való eredés. Az irodalomban 24 thoracalis szervből eredt subphrenikus tályogot találtam leírva. Küttner bebizonyította, hogy a pleura és peritoneum nyirokérrendszere a rekeszen át mindkét irányban közlekedik egymással. Ez magyarázza meg a pleuritisek gyakoriságát subphrenikus tályog eseteiben, azért jöhet létre gyulladásos thorax-bántalmak után peritonitis és ilyen okból keletkezik a pleurésie appendiculaire. Hogy a pneumonia mennyiben játszott közre esetemben a subphrenikus tályog keletkezésében, nem volt meghatározható; lehetséges, hogy csupán a bronchitis alatt támadt perihepatitis volt az első jele a subphrenikus tályognak.

A subphrenikus tályog esetemben akkor lett nyilvánvaló, a mikor betört a bronchusba, vagyis a mikor pyopneumothorax subphrenicus apertus jött létre; nyolcz hónapi fennállása után, a negyedik retentio alkalmával a tályog egyrészt a bronchuson át ürült ki, de betört a pleuraüregbe is és heveny genylégmell hozott létre.

Maydl négy esetet írt le. Minthogy Reizenstein esetében nem heveny genylégmell volt jelen, hanem sub- és supraphrenicus pyopneumothorax consecutiv kétoldali pleuritis exsudativával, Maydl esetein kívül csupán Schlesinger esetében van bonczolás által is beigazolvva a heveny pyopneumothorax.

Esetemben sectio, sajnos, nem történt, de a physikális tünetek megváltozása oly manifest volt, hogy sectio nélkül is meg lehetett tenni a diagnosit.

Érdekes esetemben a thoracalis eredése a subphrenikus tályognak, továbbá azért is érdemesnek tartom az esetet a bemutatásra, mert a hatodik eset az irodalomban, a melyben genylégmell jött létre subphrenikus tályog folytán, továbbá figyelemreméltó az a körülmény, hogy a subphrenikus tályog előbb a bronchusba tört be és nyolcz hónappal később a pleuraüregbe.

## Conjugált szembénulást utánzó szemizomhűdések.

Ferenczi Sándor: A 30 éves férfinak 1894-ben ulcusa volt, 1906 augusztusban jelentkeztek a szemtünetek: amblyopia, pupilladifferentia és merevség; a bal m. rectus externus és a jobb m. rectus internus nem működik. Ez utóbbi tünet arra terelte a gyanút, hogy a basilaris lueses folyamaton kívül a ponsban is van gócz (az oldalra pillantás coordinációs centrumában). Minthogy azonban higany-injectiók kúrára az interus működése kezd helyreállni, az externusé nem: a két izom hűdését közös okra visszavezetni nem lehet, s így a pons-laesio felvétel el kell ejteni.

## Polyneuritis ritkább esete.

Ferenczi Sándor: 28 éves rajztanár. Lues, alkohol kizárva. Térdreflexhiány, izom-hypotonia, ataxia. A mély sensibilitás lefokozottsága. E tünetek hónapok óta állnak fenn.

Diagnosis: Tabes dorsalis. Később azonban a kis kézizmok sorvadása társul a kórképhez, úgy hogy spinális daganatra vagy syringomyeliára kellett gondolnom. Frankl-Hochwarth bécsi tanár szintén ezek egyikét supponálta. Ekkor egész váratlanul jobboldalt radialis- és peroneus-, baloldalt pedig cruralis-hűdés jelentkezett fájdalmak kíséretében, s kiderült, hogy polyneuritisről van szó, a melynek lappangó kezdeti szakja a tabes utánozta. Pupillaris tünetek híján a tabes diagnosisa sohasem egészen biztos. A polyneuritis oka alkalmasint ólommérgezés volt: a beteg festés közben az esetet szájában szokta tartani.

Pándy Kálmán: Kérde, hogy az idegnyomási pontok milyenek voltak? Mert ha érzékenyséjük megvan, ez az első tünet. Azután a fájdalmak nem voltak-e sajátosok jellegűek, állandóak, mert ilyenkor nem váruuk lancináló fájdalmakat. Maga is észlelt egy hasonló esetet Kétly tanár klinikáján, a hol pusztán a peripherias idegekben volt a betegség, míg a hátulso gyökerekben és hátulso kötegekben nem volt elváltozás. A pupillák is jól reagáltak.

Ferenczi Sándor: Idegpontérzékenység eleinte nem volt, csak később támadt a degenerációs hűdésekkel.

## Aneurysma art. dorsalis pedis operált esete.

Borszéký Károly: F. József, 32 éves, mérszárosság előadja, hogy jobb lábátán kb. egy hónap előtt diónyi daganata keletkezett minden kimutatható ok nélkül. Különösebb kellemetlenségeket ezen daganat csak 8 nap óta okoz, a mióta annyira fájdalmas és feszes, hogy nem tud lábára lépni. Luest tagad.

Réczey tanár klinikájára folyó évi október hó 15.-én vették fel. A jobb lábátán a talo-cruralis ízület felett kezdődőleg egy kis almányi terimenagyobbodás látható, a mely felett a bőr feszes, sima és fénylő. A terimenagyobbodás éles határu, fluctuatiót mutat és erősen pulzál. A pulsatio az egyes szívlökéseket elkésve követi és az art. tibialis anticára gyakorolt nyomásra megszűnik.

A műtetre való előkészítés czéljából naponta kétszer 1/2—2 órán át érnymó segítségével komprimáljuk az art. tibialis anticát. Három héten át folytatott ilyen kezelés ellenére az aneurysma erősen megnövekedett. November 10.-én Esmarch-féle vértelenítés mellett chloroform-narcosisban felkeressük az art. tibialis anticát és közvetlenül az aneurysma felett két lekötés között átmetszszük. Innen kezdve az aneurysmát a feszítő inak alól kifejtve kiirtjuk. Az aneurysma alapját alkotó része a talusnak koronáryi terjedelemben érdes. Bőrvarrat.

A seb per primam gyógyult és jelenleg, két héttel a műtét után a beteg teljesen gyógyult, jól tudja lábát hajlítani és feszíteni.

A kiirtott, kb. férfikölnyi verőérdaganat felső része hiányzik; e rész a kiirtáskor pókhálószerű vékonytsága miatt elszakadt és foszlányokban távolítottat el. A zsák nagyjában gömbalakú, fala külső fel-színén sima,első felszínén gerendázott, alapja táján 2—3 mm. vastag és distális polusa felé fokozatosan elvékonyodik. A zsák sűrű, félig folyékony vérral telt. A zsák alapján az arteriának 5 cm. hosszú része fut és teljesen ép, megvastagodást nem mutat; az aneurysma-zsákkal 2 mm. széles és 3 mm. hosszú, ovális, sima szélű nyíláson át közlekedik. Mikroszkop alatt a zsák fala érfaalak bizonyult.

A kiirtott aneurysma tehát aneurysma verum sacciforme volt. Aetiologiája teljesen homályos. Szűrés, lövés, vagy más erősebb traumás behatás nem érte e helyen a lábat; luest a beteg tagad és annak minden tünete valóban hiányzik is rajta. Valami nagyfokú atheromatosis szintén nem lehet kimutatni.



Az aneurysma kiirtását Antyllus szerint ezen esetben minden nehézség nélkül el lehetett végezni; ez az egyedüli gyökeres eljárás, a melylyel a recidivát biztosan el lehet kerülni. Körte egy térdalji aneurysma esetében az arterica nyílását bevarrta. Le Fort egy ugyanily módon operált esetben recidiva támadt, a mely az aneurysma kiirtását tette szükségessé. Ha bármely okból az aneurysma kiirtása nem végezhető, a Hoffmann-féle eljárás a legjobb, a mely abban áll, hogy az aneurysma felett az arteriát lekötjük és egynehány hét múlva a zsákot, a mikor már zsugorodott, felhasítjuk.

Szűrés következtében létrejött aneurysmáját az art. brachialisnak nemrégiben szintén ily módon gyógyítottuk meg a klinikán ápolt egy betegünkönél.

Azon végtelaghalások, a melyek ilyen aneurysmakiirtások után jelentkezhetnek, indokolják azon törekvéseket, a melyek az aneurysmában keringő vér megállítására törekcsenek. Ezen eljárások nem újak, csupán a gelatinának, mint a vérmegállást elősegítő anyagnak a használata új. Végeztek gelatina-befecskendezéseket közvetlenül a zsákba és ily módon Zaragoza egy térdalji aneurysmájánál gyógyulást tudott elérni. Azonban magába az aneurysmába való befecskendezés veszélyes; a bőr alá fecskendezéssel, kivált ha az odavezető arteria rendszeres compressiójával kapcsolatban végezzük, szintén jó eredményt lehet elérni. Példa erre egy térdalji aneurysmaesetünk, a hol ily módon a zsák határozott megkisebbedését és a lüktetés megszűnését érték el három havi kezelés után.

#### Az író használatának javalatai a csecsemő táplálásában.

Heim Pál: Utal a nézetek különféleségére a mesterséges táplálás kérdésében. Míg régebben csaknem egyértelműleg az állati casein nehéz emészthetőségét vették a mesterséges táplálásban elért rosszabb eredmények okának, addig ma egyesek az állati savót, mások az állati zsírt okolják, bár e kérdés még egyáltalán nem tisztázott. A különféle nézetek nagy ellentéte a fontos kérdéseket több oldalról világította meg, úgy hogy új kérépeket ismertünk meg, új tápszerek birtokába jutottunk és lassan kifejlődött a csecsemőkori diätetikus terápiája.

Diätetikus tápszer az író is. Az előadó ismerteti az író összetételét és az általa használt alkalizált író készítményét. Egy liter íróhoz 9 gramm lisztet és 40 gramm cukrot tétet. Az író therapeutikus hatása csakis alacsony zsírtartalmán alapul és csak oly esetekben javult, a melyekben a zsírkiszűrés zavarával állunk szemben. Ha ily esetekben az író táplálás mellett a csecsemőnél eltűnnek a kóros tünetek, csak akkor tekinthetjük a csecsemőt meggyógyultnak anyagesere-zavarából, ha áttérhetünk baj nélkül olyan táplálékra, melyet hasonló korú egészséges csecsemő szokott kapni. Az író javult első sorban az exsudatív diathesisben; ismerteti a betegség tüneteit és utal azon jelenségekre, melyek bizonyítják, hogy e diathesis oka a zsírszimitatio zavar. E betegségben első sorban a szoptatást ajánlja, ha 6—7 hét múlva nem javulnak a tünetek, naponta kétszer íróat ajánl a szoptatás mellett, de csak akkor, ha a csecsemő három hónapnál fiatalabb. Idősebb csecsemőnek inkább Keller-féle malátalevest ad. Ugyanis igen nehéz az íróról a tehéntejre áttérni, a mi mutatja, hogy író táplálás mellett csak igen lassan javul az anyagesere zavar. A Keller-féle leves használata mellett gyorsabban javul az anyagesere zavar, de három hónapnál fiatalabb csecsemőnél magas szénhydrattartalma miatt veszély nélkül nem adható. Három hónapnál fiatalabb, mesterségesen táplált csecsemőnek, ha exsudatív diathesisben szenved, okvetlen adjunk kizárólag íróat. Az íróról az előadó úgy tér át az egyszerű hígított tejre, hogy minden adag íróba fél kávékanál tejet tétet, melynek mennyiségét a vizeletnek és testsúlynak ellenőrzése mellett igen lassan és fokozatosan emeli. Utal az előadó arra, hogy e diathesis legsúlyosabb tünetei a Székely-féle mesterséges anyatej használatára jelentkeznek.

Másik indicatioja az írónak a heveny bélinfectio. Az ily csecsemőnél szépen javulnak a tünetek egy-két napi tea- vagy víz-diätára, de ismét hirtelen rosszabbodnak, ha újra táplálékot adunk. Hogy itt is a zsírban van az ok, azon eredmények mutatják, melyeket zsírtalan tejjel érhetünk el. Ugyanis a bélbakteriumok befolyására a zsírból alacsony illó zsírsavak képződnek, a melyek felszívódnak és alkálit vonnak el a szervezettől. Maga a tea-diéta is mint éhezés intermediaer acidosis okoz.

Az író ily esetben eleinte csak hígítva és minimális mennyiségben szabad adnunk.

Más indicatioját az írónak az előadó nem fogadja el. Bár elismeri, hogy egészséges csecsemők szépen gyarapodnak író mellett, mégsem tartja megengedhetőnek kényszerítő ok nélkül oly fontos tápanyag teljes elvonását, mint a milyen a zsír. A zsírnak többek között fontos szerepe van a szervezet hamu- és száraz alkatrészeinek retentiojában. Mindig szem előtt kell tartanunk, hogy a csecsemőnél nemcsak a súlyra kell tekintettel lennünk és nem a színt megválasztanunk a táplálékot, a mint súlygyarapodást okoznak. Az író diätetikus tápszer, a melynek használata csak bizonyos kóros esetekben javult.

Szentágh Féliz: Diätetikumok csak akkor értékesek, ha a javulatukat jól megvalóztatjuk. Teljesen csatlakozom az előadó javalataihoz. Az író egészséges csecsemők táplálására hosszú időre nem alkalmas. Kóros viszonyok közt azon körképnél javult az író, melyet az előadó is a boroszlói iskola nyomán zsíremesztési zavarának mond. A heveny emésztési zavaroknál is óvatosságra van szükség, mert meglepetésekben nincsen hiány. Az író használata mellett is katasztrófa állhat be és ilyenkor nem marad más hátra, mint anyatejhez vagy dajkatejhez nyúlni.

Schütz Aladár: Örömmel hallgattam az előadó fejtegetéseit, melyekkel sok tekintetben egyetértek. Különösen érdekelt az író táplálás második indicatioja.

Hányással és hasmenéssel járó súlyos megbetegedésnél, a melyet Wiederhofer cholera infantumnak, Heubner iskolája heveny enterocatatarrhusnak nevezett el, az előadó hangsúlyozza először ily határozottan az író táplálást.

Azért érdekel ezen körülmény annyira, mert Heubner iskolája Czernynek előzőleg lekicsinyelt acidosis-tanát a heveny enterocatatarrhusra is kiterjesztette. A heveny enterocatatarrhus szerintök valódi acidosis, mely három tényező közreműködése révén jön létre. Először a bél fokozott illó zsírtartalma a szervezettől alkálit von el, mint Czerny relativ acidosisánál (alkalopenia), továbbá az éhezés, végül a zavart szénhydrat-anyagesere következtében valódi acidosis fejlődik. Langsein és Steinitz mutatták ki, hogy súlyos heveny enterocatatarrhusban szenvedő gyermekek a női tejjel a tápaszatornába jutó tejszékornak csak egy részét bontják a bélben mindig fellelhető laktase segítségével dextrosra és galaktosra. Ezen bomlástermékek felszívódásuk után a szervezetben elégnak, vagy egyikük, a galaktose, a vizeletben jelenik meg, ha a szervezet oxydatiós képessége csökkent (gyakori eset). A tejszékornak második része változatlanul szívódik fel s a vizeletben mutatható ki, legnagyobb harmadik része pedig a bélben tejsavvá alakul.

Az íróban liszt és cukor hozzátetele előtt Salge szerint 3-30%, Köppe szerint 4-50% tejszékornak van. A tápláláshoz elkészített író továbbá igen kevés zsírja mellett főleg az jellemzi, hogy nagyon sok szénhydratot tartalmaz. Ezzel számolt az előadó is, a mikor egy liter íróhoz csak 5 gm. lisztet s 15 gm. cukrot kevert s így az íróval eleinte tapasztalt sok rossz eredménynek egyik okát, a sok szénhydratot (15—30 gm. liszt, 60—90 gm. cukor 1 literre) kiküszöbölték. Nagyon érdekelné tehát, ha az előadónak enterocatatarrhusban szenvedő gyermekekkel íróval elért jó eredményeiről más helyütt részletes tájékozást nyerhetnénk, valamint érdekes lenne megtudni, mennyiben mutatható ki író táplálás mellett a gyermekek vizeletében a cukor.

Az előadónak Moll-lal egyértelműen vallott azon nézetét, hogy az alkalizálás az íróban a casein nagyobb fokú oldódása, valamint finomabb pelyhes kicsapódása révén a casein emésztését a savanyú íróval szemben megkönnyíti, csak akkor tenné megáérva, ha bebizonyosodnék, hogy az alkalizált író fehérjei a vele teljesen egyforma összetételű, de savanyú író fehérjéinél jobban szívódnak fel és jobban asszimilálódnak.

Végül ismételtelen elismeréssel adózom az előadónak, hogy a csecsemő-diätetikának ezen kényes fejezetét oly óvatos és körültekintő módon tárgyalta.

Heim Pál: Számos esetben próbálta ki az író, és kevesebb lisztet és cukrot téve hozzá, a csecsemők a teadiéta után is jól tűrték és jól fejlődtek. A vizeletet rendszeresen vizsgálta. A csecsemők alkalizált író könnyebben emésztenek mint savanyút.

#### Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató ülés 1906. október 10.-én.)

Elnök: Medvei Béla. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Vége.)

#### Három fornx-ruptura közöslés után.

Rotter Henrik: I. Seb. R., 37 éves hajadon eseléd. 1906. június 5.-én délelőtt jelentkezik osztályunkon és elmondja, hogy hajnali 4 óra óta vörzik. A vérzés közvetlenül közöslés után indult meg. Terhes még nem volt. Az utóbbi időben ritkán, de kora fiatal-ága óta közöslül. Azelőtt mindig egészséges volt. A közöslés hanyattfekvésben történt. Az a-szony heveny anaemia tüneteit mutatja, halovány, bágyadt, látható nyálkahártyái halványak. A pulsus 100—112. A beteg fehérneműje vérrrel erősen átitatott, a czombok belfelületén és az alhas tájékán folyékony és alvadt vér látható. A hüvelybemenet sértetlen, szűk; a hüvely középtág, a hüvelyboltozat az involutio senilis tüneteit mutatja, az előlűs és hátulűs hüvelyfal a ráncok elsimultak. A portio 1 cm.-nyi, a méhszáj gödrös, a méhtest a normálisnál valamivel kisebb, anteflectált-vertált, jól mozgatható, a környezet szabad. A hátulűs hüvelyboltozat 8 cm. hosszú, sarlóalakú, élesszélű és tátongó folytonosság megakadás látható, a mely a hüvelyfal egész vastagságán egészen a peritoneumig halad, a peritoneum azonban sértetlen. A sebből erős parenchyma vérzés áll fenn. A hüvely gondos desinfectiája után jodoform-gazezal tamponáljuk a hátulűs hüvelyboltozatot, mire a vérzés teljesen megszűnik. A tampont 48 óra múlva eltávolítjuk és ezentúl a beteg naponta kétszer lysoformos hüvelyöblítéseket kap. 8 nappal a sérülés után gyógyultan távozik.

II. G. M., 20 éves hajadon eseléd, 1906. június 3.-án éjjel 11 órakor jelentkezik osztályunkon és elmondja, hogy este a Városligetben egy katonai erőszakos nemi közöslést hajtott rajta végre, a mikor igen nagy fájdalmakat érzett és utána nagyon erősen vérezni kezdett. A közöslés a tergo történt. A beteg 1/2 év előtt terheessége rendes végén spontán szült. Azelőtt teljesen egészséges volt. Status praesens. A leány kissé halvány, pulsus 80, telt. Fehérneműje vérrrel erősen át van itatva, czombjai bal felületén és vulvájának szörzetén folyékony és alvadt vér látható. A hüvelybemenet ép, a vagina tág, a portio 1 cm.-nyi, karesú, conikus. A méhszáj haránt, a méhtest retroflectált-vertált, a rendesnél másfélszer nagyobb, könnyen előrehozható, környezete szabad. A hátulűs hüvelyboltozatban közvetlenül a portio mögött 3—4 cm. hosszú,



harántirányú, élesszélű repedés látható, a mely a hüvelyfalon teljesen áthatol egészen a peritoneumig, a peritoneum azonban sértetlen. Vizsgálattal a sebből csekély parenchymás vérzés áll fenn. A hüvely gondos kitisztítása után a hátulsó hüvelyboltozatot jodoformgaze-zal lazán tamponáljuk, mire a vérzés teljesen megszűnik. A tampont 2 nap múlva eltávolítjuk, lysoformos öblítéseket végeztetünk naponta kétszer és 10 nappal a sérülés után azt találjuk, hogy a hátulsó hüvelyboltozatot sebe per granulationem összegyógyult.

III. M. B., 31 éves hajadon eseléd 1906. augusztus 19.-én jelentkezik osztályunkon és elmondja, hogy előtte való nap délután egy másodszori heves coitus után erősen vérezni kezdett. Előzőleg 3 hónapig nem közöskült. A coitus hanyatt fekve történt. Nullipara. Havi baja 4 hetenként 5–6 napi tartammal fájdalmak nélkül folyik le.

Status praesens. Hőmérséklete 38.8°, pulsus 102. A fehérnemű erősen véres, a fanszörökün frissen alvadt vér. A hüvelyből közepes vérzés áll fenn. A hüvelybemenet ép, a hüvely szűk, a portio 2 cm.-nyi, conikus, a méhszáj gödrös, a méhtest a rendesnél alig nagyobb, ante-flectált-vertált, jól mozgatható, környezete szabad. Az elülső hüvelyboltozatban a középvonalban kezdődő, balra lefelé haladó, körülbelül 6–7 cm. hosszú, egyenetlen szélű folytonossághiány van, mely azonban felületes, csak a hüvelynyálkahártyájára terjed; ebből a sebből történik a vérzés. A hüvely gondos desiniciálása után a hüvelyt lazán tamponáljuk, mire a vérzés megszűnik. Másnap reggelre a hőmérsék normálissá válik. A tampont harmadnap távolítjuk el és 12 nappal a sérülés után a beteg gyógyultan távozik.

A bemutató az irodalmi adatok felsorolása után czáfolja Warman azon tételét, hogy a fornix-ruptura az erőszakos nemi közöskülésnek ellentmond.

(IX. bemutató ülés 1906 október 24.-én.)

Elnök: Dirner Gusztáv. Jegyző: Feldmann Ignác.

Idült genymell gyógyítása szívó drainezés segélyével.

Manninger Vilmos. Önkéntes gyógyulásra alkalmatlannak akkor kell tekintenünk az idült genymellet, a mikor a mellüreg kitöltésére alkalmas tényezőkkel (a tüdő kitágulása, a mellkasfal behorpadása és a bordáknak egymásra való tolódása) elértük a lehetőség maximumát. A három tényező közül az utóbbi kettő körülbelül állandónak vehető, csak a kor, a csontok rugalmasságának csökkenése befolyásolja némileg őket; gyakorlatilag tehát legfontosabbnak a tüdő újra való kifejlésének gátoltságát kell tekintenünk. Eddig e csakis operatio útján sikerült a mellhártya üregeit eltüntetnünk. A Delorme-féle műtét, a melynek egy módosításáról a múlt évben számoltam be az orvosegyesületben, a tüdőt borító kéreg eltávolításával igyekszik a tüdő tágitására. A második mód az, mely a merev mellkasfal mozgékonytá tevésével tünteti el az üreget. (Estlander, Schede, Quénu, Delagenière, Boiffin, Jaboulay-féle műtét.) Mindezek nagy beavatkozások. Nem egyszer félholtan kerül le az elgyengült beteg a műtőasztalról.

Annál nagyobb érdem, hogy Perthes a szívó drainezés elve alapján oly eljárást dolgozott ki, a mely az esetek jó részében minden nagyobb operatiót feleslegessé tesz. Az eljárás már nem új. 1897-ből származik az első írtatkozó közlés, de az eszmérégibb. Storch már 1889-ben ismertetett egy a Perthes-féle eljáráshoz elvben igen közel álló eljárást. Hogy nagyobb elterjedésnek még ma sem örvend, annak az oka az eredeti készülék magas árának és nehézkes kezelésében keresendő. Ez gátolt meg engem is, hogy egészen az év derekáig nem tettem vele kísérletet.

Az elv, a mely az eljárás alapja, a következő:

A mellüreget állandó, pontosan lemérhető negatív nyomás alá helyezzük, gondoskodva, hogy a genyfelhalmozódás lehetetlen legyen; az állandó negatív nyomás a tüdőt lassanként kitágítja. Gyakorlatilag ez úgy eszközölhető, hogy a mellüregbe vezetett draint légzáróan erősítjük a mellkasfalhoz, s a csövet összekötjük egy Woulff-féle gyűjtőedénnyel. A gyűjtőedényből a levegőt vagy Bunsen-féle levegőszívóval, vagy Storch módjára két közlekedő-palaczkkal szívjuk állandóan. Manometer csak az előbbi berendezéshez kell. A vízszívóval történő levegőritítás, ha állandó átmérőjű csöveket alkalmazunk, arányos a közlekedő csövekben álló víz magasságeltéréseivel. Gyakorlatilag 7–8 mm. átmérőjű cső alkalmazása mellett 1 m. (pontosan 87 cm.) vízszlop szívóhatása 30 mm. Hg., 1 1/2 m.-é (pontosan 1 m. 34 cm.) 50 mm. Hg. 30–50 mm. Hg., a szívás rendes határa.

5 esetben alkalmazta a bemutató az eljárást. Ezek közül egy alkalmatlan volt, mert oly sipoly volt a tüdő, hogy a szívás nem volt foganatosítható. Egy eset (gümös pyopneumothorax) most van kezelésben. 3 régebbi eset közül (mind egy éves, minden kezeléssel dacolva, nyitott genymell) kettőben teljes az eredmény. A teljesen összelapult tüdő (Röntgen-ellenőrzés) újra kifejllett. A harmadik még nem gyógyult be teljesen. De a tüdő, mely egy álló évig atelektasiás volt, ma egészében lélegzik. Oly eredmények ezek, melyeket eddig csak a Delorme-féle operatioval tudtunk elérni, de nagyobb veszélyvel, s a betegre és orvosra egyaránt nagyobb fáradsággal. A kezelés ideje a tüdő teljes kitágulásáig 20, 31, 28 napot tett ki. Nem ajánlatos a tüdő teljes kitágulása után a draint rögtön elhagyni, mert rendszeren a szívó-draincső helyén keskeny sarjakkal bélelt csatorna marad vissza. De ennek összenövése is csak napok, legfeljebb hetek kérdése, úgy hogy az eljárás ideje a teljes gyógyulásig is csak hetek, legfeljebb hónapok kérdése.

Természetes, hogy csak azok az esetek alkalmasak erre a kezelésre, a hol a tüdő még tágulhat. Erről Perthes szerint úgy győződünk meg, hogy folyadékkal töltjük meg az üreget. Ha most szívással (légzáró drainnel) leszívjuk a folyadékot, a beöntött folyadék mennyisége osztva a melléküregekben maradt folyadék mennyiségével, adja meg a tágulási hányadot. Ha ez egy, azaz szívással nem tudunk a beöntött folyadékból semmit sem eltávolítani, a tüdő nem tágulhat, az eset alkalmatlan. Minél nagyobb a hányados, annál gyorsabban fogunk célhez érni. Ha az üreg 100 cm<sup>3</sup>-t fogad be, s szívás után 30 marad vissza, a hányados 3/33. Azt hiszem azonban, hogy a szívás nemcsak mechanikusan hat. A Bier-féle hyperaemiás eljárás tanított meg arra, hogy a negatív nyomás okozta szívás exsudatumok oszlatására, kérges puhítására milyen nagy hatással van. Alkalmassint ennél az eljárásnál is lényeges szerepet játszik. Az eljárást melegen ajánlhatom a kartársak figyelmébe.

Herczel Manó: Egy 59 éves leromlott férfibetegét említi, kinél vidéken empyema-műtétet végeztek: thoracotomiát, bordaresectiót. Meggyógyult, de ismételtén lázas lett, és ezek a lázak legyengítették. A Bonnan látott eredmények arra birták szót, hogy Bier-féle hyperaemiát idézzon elő, és pedig üvegharanggal, melynek alját homorrúra csiszoltatta. A sipolyt laminariával tágitotta és fémdraint vezetett be a 15 cm. hosszú sipolyba. Három hónapig tartott az ambulans kezelés, d. e. 1 óra, d. u. 1/2 óra. A javulás akkor mutatkozott erősebben, mikor a sarjából vérzés történt. Ez is a hyperaemiára mutat. Másik két esete is meggyógyult ilyen ambulans kezelésre.

Manninger Vilmos: Vannak esetek, melyekben az ambulans kezelést nem lehet végezni és itt — különösen gyermekeknél — a fekvő kezelés állandó szívódrainage-zsal előnyösebb, mert hatása gyorsabban következik be. Van egy eljárás, mely portabilis készülékeket használhat és így ambulanter kezelhető az empyema. Czélserűbb azonban előbb — míg sok a váladék — fekvő kezelni, később át lehet térni az ambulans kezelésre. Perthes esetei átlag 44 nap alatt gyógyultak meg.

Méhenkivüli terhességnek műtét után meggyógyult három esete.

Balás Dezső: Mind a három beteget ép petezsák mellett, korai diagnossal, sajátoságos véletlen folytán két héten belül operáltam.

1. B. F.-né, 31 é., mozdonyfűtő neje július 9.-én tétetett át műtét czéljából Hirschler tanár osztályáról Janny tanár sebészeti osztályára.

A beteg előadja, hogy havi baját 16 éves korában kapta meg, mely azóta rendes időközben és tartalommal jelentkezett. Nem szült és nem abortált. Hét hétig havi baja kimaradt, egy hét óta állandó vérszivárgása van. Hirtelen rosszullette nem emlékszik.

A beteg vizsgálatakor terhességi gyanujelek hiányzanak, emlőiből savó nem nyomható ki, a linea alba nem feszengzett. A hüvelyből állandó vérszivárgás, a portio kissé fellazult, a méh megnagyobbodott és puha. A méhtől balra, vele össze nem függő, körülbelül két ököl-nyi, gömbölyű, egyenetlen megnagyobbodott, csekély hullámzást mutató, fájdalmatlan daganatot találtam. Tekintettel az anamnesisre és a leletre, álló méhenkivüli terhességre állítottuk fel a diagnossist, s a műtétet Janny tanár megbízásából július 12.-én végeztem chloroform-narcosisban.

A has megnyitása után a jelzett nagyságú bal tubáris petezsákkot, mely a környezettel csak lazán volt összenőve, s mely híg és alvadt vérral volt kitöltve, egészében eltávolítottam, s a hasüreget teljesen zártam. A készítményen látszik, hogy a placenta a tuba orális részéhez közel tapad. Az embryo makroszkopice nem volt fellelhető. A gyógyulás per primam folyt le.

2. H. J.-né, 27 é., kerékgyártó neje, f. é. július 17.-én tétetett át Hirschler tanár osztályáról Janny tanár osztályára.

A beteg havi baját 14 éves korában kapta meg, és az azóta rendes időközben és tartammal ismétlődött. Nem szült és nem abortált. Két havi menstruatio-kimaradást, után vérzést kapott, mely 7 napig tartott, miközben heves alhási fájdalmak voltak. Két hét múlva csekély fájdalmak kíséretében újlag vérezni kezdett, s a vérszivárgás ezóta állandó.

Terhességi gyanujelek hiányzanak, az emlőből kevés savó pre-selhető ki, a linea alba kissé feszengzett. A hüvelyből vérszivárgás, a portio kissé fellazult, a Douglas erősen ledomborított; benne csaknem gyermekfejnyi, gömbölyű, resistens, csekély hullámzást is mutató, a méhvel össze nem függő daganat található, mely a megnagyobbodott méhet előre és jobbra nyomta. Az anamnesis és a lelet alapján méhenkivüli terhességre állítottuk fel a diagnossist, s a műtétet július 20.-án végeztem chloroform-narcosisban. A has megnyitását zavarta az a körülmény, hogy a cseplesz csaknem egész szélességében és a vakból a belépő ileumkacsával együtt plastikus, részben szervült izzadmányval a fali hashártyához és a méhhez hozzá volt nőve. Kellő leválasztás, izolálás és a méh előhúzó után kitűnik, hogy a jobb oldali megvastagodott tuba meggömbölyve hajlik balra a méh mögé s a Douglasban lenőtt petezsákba folytatódik. A petezsáknak egészben való eltávolítása s a megvastagodott féregnyúlvány resectioja után a hasüreget teljesen zártam. A petezsák itt is folyós és alvadt vért tartalmazott. A készítményen látszik, hogy a placenta a tuba ampulláris részén tapad, s az embryo is látható. A gyógyulás per primam folyt le.

3. J. S. 38 é., földmives neje július 1.-én tétetett át Hirschler tanár osztályáról Janny tanár osztályára. Havi baját 18 éves korában kapta meg; ez kezdetben rendetlen volt, de férjhez menetele óta rendes időközökben s tartammal jelentkezett. 12 éve van férjnél, nem szült és nem abortált. 5 hétig maradt ki a havi baja, ez idő óta időnként alhási fájdalmak, s rendetlen apró vérzései vannak.

A vérszegény, igen halvány betegnél terhességi gyanujelek hiányzanak. Az emlőből savó nem nyomható ki, a linea alba nem fes-



tenyezett. A hüvelyből elég jelentékeny vérzés, a portio és a méh felpuhult, az utóbbi nagyobb. A méhtől jobbra, ennek jobb sarkától követhető, a Douglasban ülő, körülbelül férfükölyű, gömbölyű, egyenetlen consistentiájú, fájdalmatlan daganat található. Tekintettel a havi baj kimaradására, a fennálló vérszivárgásra és a leletre, méhen kívüli terhességre állítjuk fel a diagnózist és a műtétet július 23-án végzem chloroform-narcosisban.

A has megnyitása után a műtét térhez való hozzáférést itt is a cseplesznek, a vakbélnek, majd a flexura sigmoideának lapos és szoros összenövése gátolta meg. Kellő leválasztás és a méh előhúzása után sikerült a Douglas fenekével és jobb parametriummal is szorosan összekapaszkodott, a jobb tubából kiinduló petezsákok egészében eltávolítanom; a hosszú megvastagodott fegnyűvány resectioja után a hasüreget teljesen zártam. A petezsák folyós és alvadt vért tartalmazott. A készítményen a placenta a tuba orális részéhez közel áll, az embryo nem volt található. A gyógyulás per primam folyt le.

Röviden kiemelni óhajtom, hogy mind a három esetben a méhen kívüli terhesség idősebb nőknél fordult elő, a kik nem szültek és nem abortáltak. A diagnózis 5 heti, 7 heti és 2 havi menstruatio-kimaradás után támadt állandó vérszivárgásra és a belső vizsgálati leletre támaszkodott. Mind a három esetben a petezsákok folyós és alvadt vérral kitöltve találtak; csekély alhasi fájdalmakat leszámítva, a betegek nagyobb görcsös fájdalmakról vagy hirtelen rosszullétről nem tettek említést. Ez esetek élénken illusztrálják, hogy az extrauterin petezsákok belül keletkezhetnek a terhességet is megszüntető erős vérzések a nélkül, hogy a betegnél feltűnőbb tüneteket váltanának ki. Bizonyára ezek azon esetek, a melyek magukra hagyatva, hosszú idő múlva spontán meggyógyulhatnak. Természetesen felismerve a méhen kívüli terhességet, ép petezsák mellett is javalt a műtét beavatkozása.

(Folytatása következik.)

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A vérképződés elősegítésére jól használható Carnot és Deplandre szerint az olyan állatoknak a seruma, a melyekben előzetes bő vérbocsátás után a vérnek újonnan képződése javában folyik. Az ilyen serumnak egyszeri bőr alá fecskendezése után 2 millióval emelkedik a vörösvérsejtek száma köbmilliméterenként és a magas vérsejtszám 2-3 hétig megmarad; az ekkor végzett újbóli befecskendezés ugyanolyan hatású. A mint a szerzők az „Académie des sciences” szeptember 17-én tartott ülésén kifejtették, a serumban foglalt ezen vérképződést elősegítő anyag, a melyet *haemopoietin*-nek neveznek, a csontvelőben is megvan legalább is olyan nagy mennyiségben, mint a serumban, a lépben, a nyirokmirigyekben, a vesében, a mellékvese tokjában ellenben nem mutatható ki. A csontvelő tehát épen olyan jól volna használható, mind a vérsavó, csak az a baj, hogy a bőralfecskendezéshez szükséges steril oldatának illetve kivonatának előállítása nagyon nehézkes; a végbélén át azonban jól bevihető a szervezetbe a csontvelőből előállított készítmény.

A májcirrhosis okozta ascites műtét kezeléséről tartott előadást Sinclair White a „British medical association” ez évi összejövetelén. Rendes körülmények között négy érterület létesíti az összeköttetést a vena portae rendszere és a többi ér között, még pedig: 1. a Sappey-féle accessorius porta-rendszer, vagyis gyűjtőerek, a melyek a májnak lig. falciforme-jében és rotundumában haladnak; 2. a bázis és a gyomor gyűjtőereivel való összeköttetések; 3. anastomosisok a három haemorrhoidális gyűjtőérrel; 4. a Retzius-féle gyűjtőér-rendszer, a mely a pankreas, a duodenum és a colon transversum mögött retroperitoneálisan fekszik. Az előadó nem hiszi, hogy az ascitest a vérben keringő mérgező hatású anyagok okozzák; véleménye szerint egyedül a portabeli keringésben meglevő pangás létesíti az ascitest. Öreg és nagyon elgyengült egyének, nephritisben, diabetesben, súlyos szívbajban szenvedők, úgyszintén phthisikusok a műtéttől kizárandók; ugyanez áll a súlyos icterusban és a comában szenvedőkről. Mielőtt a műtétre határoznánk el magunkat, ismételt punctiót kell végeznünk, mert némely eset már ezen beavatkozás után is meggyógyul. Az eredmények az atrophias és a hypertrophias cirrhosisban egyformán jók lehetnek. Többnyire elegendő az omentumot a felfrissített hashártyához odavarni vagy pedig egy praepéritoneális tasakban rögzíteni. A léphez varrás csak ritka esetekben ajánlható. Az irodalomból összegyűjtött 227 esetből 33% végződött halálosan a műtét utáni első hónapon belül, 15%-ban eredménytelen maradt a beavatkozás, 13%-ban javulás következett be és 39%-ban nem ismétlődött az ascites. Minthogy a szóbanforgó esetekben a hashártyának ellentállóképessége csökkent, a műtét végzésekor az aseptisre fokozott mértékben kell ügyelni.

Az előadáshoz fűződött eszmecsereben Grey Turner felemlítette, hogy 16 esetben végzett műtétet; ezek közül 5 rövid idővel a műtét után halálosan végződött; 5 beteg 4 hónappal — 6 évvel a műtét után halt meg és 6 beteg még él; ezek között az egyiknél már 7 1/2 év telt el a műtét óta teljes jólét közepette, egyénél 3 1/2 év után újból jelentkezett ascites. Azt hiszi, hogy az operálásra alkalmas eseteket gondosabban kell majd megválogatni. A műtét után hosszabb ideig tartó drainézést és egyidejűleg compressiót ajánl.

## PÁLYÁZATOK.

A pécsi áll. gyermekmenhely másodorvosi állására hirdetett pályázat határideje december hó 20.-án jár le.

Betöltendő egy uradalmi orvosi állás, melynek javadalmazása: családos emberre számított szabad lakás, 2400 korona évi fizetés, 30 öl tűzifa, marhatartás, kétlovas fogat és az uradalmi orvosi feladatok teljesítésének ópségben tartása mellett szabad orvosi gyakorlat. Az uradalmi orvosi kötelezettség kiterjed az uradalom tulajdonosa családjának, az összes uradalmi alkalmazottak és családjaik, valamint két szomszédos község szegényeinek orvosi ellátására.

Bővebb értesítést nyújt Kövesi Géza dr. tanársegéd (Budapest, Üllői-út I. belgyógyászati klinika).

3496/906. sz.

Csanád vármegye központi járásába kebelezett Földeák községben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása: előleges havi részletekben 1200 korona évi fizetés, szabad lakás, vagy utólagos negyedévi részletekben 300 korona lakbérilletmény.

Látogatási díjak nappal, avagy éjjel a négy hold földön alóli birtokosoknál 40 fillér; a négy holdon felüli birtokosoknál, kereskedőknél és iparosoknál 80 fillér; rendelvény írása nélkül a mindkét fokozatban említett látogatási díj 30 fillér.

Szegények ingyenes gyógykezelésben részesülnek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevéllel és eddigi alkalmazásukat feltüntető hatósági bizonyítvánnyal felszerelt folyamodvényaikat hiva alomhoz f. évi december hó 19. napjának 5 órájáig nyújtsák be.

A választást f. évi december hó 20.-án délelőtt 10 órakor Földeák község közközházánál fogom megtartani.

M a k ó, 1906. évi november hó 22.-én.

A h. főszolgabíró.

6536/906. kig. sz.

Krassó-S örény vármegye oraviczai járásába kebelezett Stájerlak községben lemondás folytán üresedésbe jött községi orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok a felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában foglaltak alapján felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi november hó 28.-áig annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkezkeket figyelembe venni nem fogom. A választást f. évi november hó 30.-án d. e. 10 órakor fogom Stájerlak község-házánál megtartani.

A községi orvos javadalmazása:

1. A községi pénztárból előleges havi részletekben fizetendő 1200 (egyezer-kettőszáz) kor. törzsfizetés.

2. Negyedévi előleges részletekben fizetendő 400 (négy-száz) kor. lakbér.

3. A halottkemi teendők teljesítéséért esetenként 40 fillér.

4. Betegek látogatásáért a szabályrendeletben megállapított díjak.

A megválasztott községi orvos köteles lesz állását a választás jogerőre emelkedése után azonnal elfoglalni, ezen időpontig pedig ezen állás helyettesítés útján fog betölteni.

Oraviczabánya, 1906. évi november hó 8.-án.

3-3

A tb. főszolgabíró.

2879/906. sz.

Az almáskamarási körorvosi állásra az előzőleg kibocsátott pályázati hirdetések meddősege folytán újból pályázatot nyitok.

A körhöz tartoznak az egymástól 3 km. távolságban fekvő Almás- és Nagy-Kamarás községek.

A javadalmazás: 2000 korona törzsfizetés, 200 kor. lakbér és 164 kor. úti étel, melyért hetenként kétszer tartozik Nagy-Kamarás községben megjelenni.

A körorvos kézi gyógytár tartására engedélyt kérhet. Pályázni szándékozik felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényüket hozzám december hó 24.-éig nyújtsák be.

Okleveles pályázók hiányában szigorló orvos pályázata is elfogadatik.

A választást december 27.-én ejtem meg.

Ele k, 1906. évi november hó 28.-án.

Mladin Miklós, főszolgabíró.

A nyitra vármegyei érsekújvári közkórházban betöltendő alorvosi állásra a m. kir. belügyminister 125,000,902. sz. körrendelete II. pontja alapján pályázatot nyitok, felhívom mindazon nőtlen orvosudor urak (esetleg szigorló orvosok), kik ezen 1200 kor. fizetéssel, egy szobából álló lakással, fűtéssel, világítással és természetben kiszolgáltatott élelmézzel javadalmazott, a kórházban való bennlakás kötelezettségével járó állást elnyerni óhajtják, hogy kérvényüket 1907. évi január hó 1.-éig Nyitra vármegye alispáni hivatalához nyújtsák be. A községben állott pályázó szolgálatból való kilépésének vagy szolgálati megszakításának okát okirattal igazolni tartozik.

A kinevezés orvosokra 2 évi időtartamra szól és meghosszabbítható, szigorló orvosok kinevezése ideiglenes.

É r s e k u j v á r, 1906. évi november hó 29.-én.

Hückl Ernő dr., kórházi igazgató.

4734/906. sz.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszai közép-járársába kebelezett Tiszabő nagyközségben lemondás folytán üresedésbe jött községi orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok, s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában foglaltak alapján felszerelt pályázati kérvényüket hozzám minél előbb adják be.

A községi orvos javadalmazása:

A községi pénztárból havi előleges részletekben fizetendő 1000 (egyezer) korona törzsfizetés.

Negyedévi előleges részletekben fizetendő 200 (kettő száz) korona lakbér.

A halottkemi teendők teljesítéséért 30 (harmincz) korona.

A fizetőképese betegektől a szabályrendeletben megállapított díjak, a fizetése képtelen betegeket díjtalanul tartozik az orvos gyógykezelni.

A vágatási biztosítási teendők ellátásáért szedhető díjak.

A választási határrap kitűzéséről később fogok intézkedni.

A megválasztott községi orvos köteles lesz állását a választás jogerőre emelkedése után azonnal elfoglalni.

T i s z a r o f f, 1906. évi november hó 27.-én.

3-1

A főszolgabíró.



19048/906. sz.

A trencsényi vármegyei közpórháznaál a m. kir. belügyminister úr folyó évi 61.758. számú rendeletével 1907. évi január 1.-étől rendszeresített kórházi 2. másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdeték.

A 2. másodorvos állása végleges és nyugdíjkepes. Fizetése évi 2000 kor., 3 szoba, konyha, pinze és éléskamrából álló természetbeni lakás, fűtés és világítás.

A pályázni óhajtkat felhivom, hogy kellően felszerelt s a főispán úrhoz címzett pályázati kérvényüket a vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előirt módon 1906. évi december hó 15.-éig annál is inkább nyujtsák be, mert a későbbben beérkező kérvények tekintetbe vétetn nem fognak.

Trencsén, 1906. évi november hó 18.-án.

Alispán helyett:

Rudnay István, főjegyző.

2-2

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

# Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

**Húgyhajtó hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkeszkodásokban vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjessen.

**Karácsonyra** megjelenik  
**AZ ORVOSI ÉVKÖNYV.**  
Nélkülözhetlen minden orvosra nézve.

Dr. EMMERICH gyógyintézete

**Morphium- Heroin- Alkohol-,**  
Cocain stb.,  
idegbetegek részére. BADEN-BADEN. Alap. 1890.

A morhium-elyonás legenyhébb módja kényszer nélkül: a fecskendő 4-6 hét mulva nélkülözendő. Alkoholról való leszokás kipróbált eljárás szerint.

— Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.) —

Tulajdonos és vezető orvos: Dr. Arthur Meyer. — 2 orvos.

**Málnási**

**Mária-**

**forrás**

Természetes alkalikus  
— sós savanyúvíz. —

A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: ÉDESKUTY L. BUDAPEST.

Budapesti képviselő:

**Nádas Márton.**

Kútkeszélőség: Brassó.

Amerikai rendszerű **hygienikus központi légfűtés** egyszalagos házak, villák, sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára.

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!  
HOFFMANN MIKLÓS magánmérnök, BUDAPEST, VI., Teréz-körút 35. szám.  
Telefon 96-96.

**Sanatorium Wienerwald.**

**Gyógyintézet tüdőbetegek részére.**

Posta: **Ortmann**, vasúti állomás Pernitz, N.-Ö. Bécestől 2 1/2 órányi távolságban. — Legmodernebb kényelem. Lift, fekvőcsarnokok, majd nem valamennyi szoba balkonnal.

== **Egész éven át nyitva.** ==

**Dr. A. Baer.** Kívánatra prospectus. **Dr. H. Kraus.**

# A legjobb 4

tápszer, melyet a jelenkor produkál a:

**Perdynamin**

**Lecithin-Perdynamin**

**Perdynamin-Kakao**

**Lecitogen**

Javallatok: sápkór, vérszegénység, leukaemia, phthisis, reconvalescentia, idegbajok.

Szabadalomtulajdonos:

**H. Barkowski, Berlin D. 27, Alexanderstrasse 22.**

Képviselő: Ausztria-Magyarország részére:

**Mr. Camillo Raupenstrauch, kiérd. gyógyszerész,**  
Wien II/1, Castellezgasse 25.

Legnagyobb kitüntetésekkel.

Irodalom és minták bármikor ingyen küldetnek.

**SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D<sup>r</sup>EGGER**

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Serophulosis, Chlorosis, Rhachitis.  
Kapható minden gyógyszerertárban.

**LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A**

**LYSOFORM**

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

**MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.**

Modernül berendezett intézet **tüdőbetegek** számára.  
Mérsékelt árak. Prospectus.

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

**Serravallo**

**China-bor vassal.**

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kifűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.

Sokszor kitűntetve. — Több mint 4000 szakvélemény.  
Orvos urak kívánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve kapnak.

**J. Serravallo, Triest-Barcola.**



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hőgyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

**Mellékletei:** SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczy Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Bársony János:** Agitatio a rákbetegség korai sebészeti gyógykezelése érdekében. 1097. lap.

**Gergő Imre:** Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. nyilv. rendes tanár.) Az Achilles-in egy sajátos megbetegedéséről. (Tendinitis achillea traumatica.) 1102. l.

**Veszprémi Dezső:** Közlemény a kolozsvári kir. tud.-egyetem kórboneztani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr. egyetemi tanár.) Bacillus fusiformis-szal, spirochaeta gracilis-szal és cladotrix putredogenes-szel végzett tenyésztési és állatkísérletek. Adatok a kísérleti gangraena bakteriológiájához és histogeneziséhez. 1082. lap.

**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. Karl Albert: Zum Gesundgarten. — Lap-szemle. Belorvosok. Korach: Orthotikus albuminuria. — Sebészet. Bernhardt: Idegátültetés eredményei faciális-bénulásban. — Rautenberg: Időleges ureter-lekötés következményei. — Elsberg: Solitaer májtályogok. — F. T. Travers:

Szívvarrat érdekes esete. — Minkowski: Perirenalis hydronephrosis. — Payr: Pajzsmirigy átültetése a lépbe. — Friedrich: A hasúri actinomycosis gyakorisága és operatív prognosisa. — Gyermekorvosok. Schoedel: Indukált vagy imitációs betegség. — W. Hempel: Mintatejgazdaság ismertetése. — Mantoufel: Sterilizált tej szerepe a csecsemőhalandóság elleni küzdelemben. — Meyer L.: Pepsin-sósav mint stomachicum. — Borkórtan. Unna: A psoriasis lényege. — Hőgyes Endre: Hőgyes Endre: Cystalgia. — Jungano: Vesegyűjtőér lekötése. — Venerális bántalmak. A. Buschke és W. Fischer: A syphilis maligna és tertiaria fertőzőképessége. — Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra. Margosches: Fersan. — Weisz: Citarin. — Fürth: Haemostan. — Witthauer: Helmitol. 1108—1111. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 1112. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 1112. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 1113—1116. lap.

Melléklet. „Syrupus Colae comp. Hell“ prospektusa.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Agitatio a rákbetegség korai sebészeti gyógykezelése érdekében.<sup>1</sup>**

Irta: **Bársony János** dr. egyetemi tanár.

Tisztelt Uraim!

Pár hét előtt azt a felszólítást kaptam a budapesti kir. orvosegylet rákbizottsága elnökétől, hogy az országos rákértekezlet második napján az „Agitatio a rákbetegség korai sebészeti gyógykezelése érdekében“ című eszmecserét rövid pár szóval vezessem be. A megbízás az okból jutott osztályrészemül, mert az én klinikám volt az országban az első, a mely a klinikát tanácsért felkereső betegek és az onnan távozó gyermekágyasok között kiosztott figyelmeztető felhívásával közvetlenül a nagy közönséghez fordult. Én az elnökség felszólításának szívesen megfelelek, mielőtt azonban ezt a reám rótt kötelességet a szó szoros értelmében teljesíteném, engedjék meg, hogy az én külön saját és egyéni gondolataimnak is rövidesen hangját adjam.

Ugyebár Uraim, hogy a rák szót olyan betegség jelzésére szokás használni, a melyre teljességében illik a „borzasztó“ jelző, mert a betegség nemcsak hogy a legkomolyabb ellensége minden életnek, hanem lefolyásában az általa okozott kínok társául, öszintén kimondva, még utálatot is keltő. Ilyen körülmények között bámulatos dolog, hogy az emberiség majdnem a XX. századig türelmesen viselte ezt a csunya csapást s valóban komoly védekezésre csak az utóbbi pár évben gondolt. Az első jelentőség teljes lépés érdeme egy német nőorvosé, a ki az elhanyagoltan és így már gyógyíthatatlanul beteg állapotban hozzáfordulók nagy tömegétől megriadva, a felebaráti szeretet és az elégedetlen orvosi lelkiismeret nógató szavaitól sarkalva, orvostársaihoz és a bábákhoz késsel, a betegség tizedelte asszonyához meg intéssel és figyelmeztetéssel fordult. 1903. év január havában jelent meg a kelet-poroszországi napilapokban Winter tanár tollából a „Mahn-

wort an die Frauenwelt“. Ez az óvás és annak az eredménye új korszakot jelent a rákbetegség ellen való védekezés történetében. Mintha villonráztak volna orvost, beteget, egészségest egyaránt. Mondhatni lázas keresgélés keletkezett mindenfelé a védő és mentő módok után s ezzel párhuzamosan meghatványozódott a betegség indító okait kutatók száma és munkája. A védekezésnek t. i. bármely téren is eredménye csak akkor lehet, ha ismerjük a kártékony erőt, a mely ellen küzdelemben szükséges. A rákbetegséggel szemben pedig éppen az a nagy baj, hogy mi manap is még az erő hatalmát csak szörnyű pusztításából ismerjük, de nem ismerjük magát a halál csiráját hordozó tényezőt, annak a lényege felől ma is csak vitázunk és messzebbre alig jutunk, mint hogy hypothesisokkal döntögetjük a már előbb felmerült s talán gyökeresedni is indult régebbi hypothesis. Mostanában az a legégetőbb kérdés, hogy mikroorganizmusok okozzák-e ezt a betegséget, parasiták betegség-e az emberi test rákja? Két táborba oszlik a vélemény, az egyikben találjuk főként a gyakorlat embe-reit, a másikon pedig leginkább a theoretikus vitázók csoportosulnak. Nekem úgy tetszik, hogy a sebészek főrészt azt tartják, hogy, ha még nem találták is meg őket, a betegség mégis csak mikrobák nyomán keletkezik; a kórbuvarok meg, azok, a kik folytonosan csak a kóros állapotoknak mint okozatoknak az alapját, az okot kutatják, nagy többségben nem hisznek a betegség parasitikus természetében. Megfeszített munkásság czélozza fel-deríteni, mi hát az igazság. Vizsgálatok, kísérletek, oltások változtatják egymást s boldog az, a ki egy egéren a rákhoz hasonló göböcskét produkálni tud, mert ezzel a kis göböllel is csökken-teni hiszi a szemei előtt terülő átláthatatlan pusztaságot. A nagy s az első percétől életveszélyes betegség pedig e közben nemcsak hogy lépten-nyomon a szemünk elé bukkan, hanem teszi ezt sokszor a kezdetén is már olyan alakjában, a mikor szemben vele a gyógyítás tekintetében jóformán tehetetlenül állunk. A dolog természete által magyarázható ijedségből eredt kapkodás átszarmazik a betegről reánk és ez a bizonytalanság meglátszik a kutatásokon is, kiváltképen a therapián. A sok szerencsétlen-ség láttára kell, hogy mindenkinek forrjon az elméje és a maga hatásköre szabta határok között bizonyára keresi is mindegyi-

<sup>1</sup> Előadva az országos rákértekezlet 1906. november 16-i ülésén.



künk a zavarosból a kivezető utat. Ma tulajdonképpen ott áll a mi dolgunk, hogy, mert nem ismerjük a betegség indító okát és ez alapján védekezni sem tudunk ellene, azért mintegy összetett kezekkel várjuk a betegséget s ha csakugyan megjelent, mert egyéb mód nincs a rendelkezésünkre, kivágunk a megtámadott emberi testből óriási darabokat. Ha kissé körülnézünk, az orvosi tudomány minden ágában azt a tapasztalatot tehetjük, hogy nemcsak a betegség gyógyításának a módjait kutatják a szakemberek, hanem a szülészektől vett példa szerint kiváltképpen arra törekszenek, hogy a kártékony hatásokról kitanítsák az embereket és pedig azért, hogy a laikus emberek magának is módjában legyen előrelátással védekezni a baj ellenében. A prophylaxis uralja ma az orvosi tudomány terapiáját. És ez az igazi út. A mi orvosi kötelességünk első sorban kutatni azt, hogy honnan és miből ered az emberek baja, azért, hogy a bajnak tanítással s szükségkor tettel is elébe állhassunk; csak a második sorban következnek azok a különös közügyesség s gyakorlat adta módok és fogások, melyek a már kifejlődött betegség kiirtására valók. Hogy azonban tanítani, előre is tanácsolni tudjunk, ahhoz megint csak a betegséget keltő okot kell elsőbbsen ismernünk. Ugy tudom, hogy a rákbetegségekre vonatkozó ilyen irányú buvázkodások eredménye felől mások tettek és fognak még tenni a conferentiának jelentést. Magam ez alkalommal csak annyit mondhatok, hogy ezeket a kutatásokat és eredményeket figyelemmel kísérvén, nem látok egyebet, mint egy nagy tömegét a nagyon szép, szorgalmas, de reánk, praktikusokra nézve, eddig legalább eredménytelen munkának. Ilyen körülmények között mindenkinek joga van ahhoz, hogy a saját tapasztalatait össze gyűjtögetve és a mások által nyilvánítottakkal összevetve, hogy úgy mondjam, kombináljon s alkosson magának valamelyes véleményt, a melyet alapul véve, rendezi be a maga egészségét és próbál tanácsolni a hozzáfordulóknak. Igaza van Verebélynek (Orvosi Hetilap, 1906. 40 és 41. sz.), mikor azt mondja, hogy a klinikusok megfigyelései, számadatai fontosak a pathogenesis megállapítására, de tisztán empiriás tapogatódzási értéknél többre a rák aetiologiájában igényt nem tarthatnak; azonban ugyanő mondja azt is, hogy a parásiták hívei aprioristikus feltételekből kiindulva, ma is rég taposott utakon keresik a megfejtést, a pathologusokról pedig úgy nyilatkozik, hogy azok az aetiologice meddő elméletek terére léptek. Ezek szerint az állatokon való kísérleti kutatás volna tehát még az, a melytől ma eredményeket várni lehet. Az ez úton buvázkodók munkáiban csakugyan találunk megint újabb tételeket és hypothesiseket; pl. feltételezik a ráksejtek különös aviditását a vér tápláló anyagai iránt; felteszik, hogy léteznek állatok panimmunitással minden daganatfaj ellen; felteszik, hogy az egyik szervezetben van egy bizonyos „kevés valami“, a mi a másikban hiányzik, az a bizonyos Ehrlich-féle „specifikus x-Stoff“, a melyet Fischer attraxin-nak<sup>1</sup> nevez s a mely a növéshez szükséges; ezt a valamit azonban ma még nem ismerjük; a védett szervezet állapotáról még Ehrlich azt is mondja, hogy fel van az atreptikus immunitással ruházva; a kísérletekből egyszer az derül ki, hogy a lassan fejlődő daganattal szemben ninesen védekezés, máskor meg úgy látszik, hogy tulajdonképpen lassanként fejlődnek ki azok a „Schutzstoffe“,<sup>2</sup> melyek a recidivák útját is állhatják; Borell szerint van egy rákos diathesis; a Cohnheim-elmélet a rák okául az embryonális csírák elszóródását tekinti; Bread azt állítja, hogy a rák „ivartalan“ sejtekből álló trophoblast; Ribbert meg, hogy minden daganat genesisének az alapja a szövetsírák isolatioja, stb. stb. Mutatónul ennyit! Ha a buvárlatokról és kísérletekről több szerző tollából olvasunk, valósággal egy sűrűn ködös chaos kellő közepébe jutunk. Jellemző és minket praktikusokat különösen érdekel Lubarschnak a frankfurti rákgyűlésen tett nyilatkozása. Ő szerinte lehetetlen a daganatokat anatomikus és klinikus összhangban besorozni és nem is méltányos (unbillig) a histologusoktól azt kívánni, hogy a klinikusnak a histologus állítson az ő methodusaival prognosist. Ha ez így van, akkor mi még segítséget a kórbúvároktól aligha kaphatunk és kénytelen kelleltlen tapogatóznunk kell továbbra is az empiria terén. Én tehát, tisztelt

conferentia, szintén azok közé tartozom, a kik bár csak empiriás úton haladva, nem tudnak mind máig hinni a rák parasitikus természetében, hacsak a ráksejtet magát nem tartjuk a Blumenthal-féle magyarázat értelme szerint parásitának, a ki is őket a szervezetre nézve idegen és mérgeket készítő sejteknek tekinti. Én tehát ismétlem, mind máig nem tudok hinni a rák parasitikus természetében. Nagyon fontos kérdés pedig az, Uraim, hogy a védekezés berendezésében egy feltételezett mikroorganizmussal, vagy egyéb kórtindító behatással, mint támadó ellenséggel szemben akarunk-e védőbástyákat felállítani. Én nem tudom elhinni az eddig közölt kórbúvárlati eredmények dacára sem, hogy a rák, mely tulajdonképpen az egészséges test szövetelemei egyikének túlságos burjánzása, mikrobás betegség volna; nem tudom pl. elhinni, hogy azok a feltételezett mikrobák hónapokig, még akkor is, mikor a betegség a saját fészke körül már nyirok- és vérereket ronsolt, csak helyben a fészkekben maradhattak volna; nem tudom elképzelni, hogy azok a rákos túlfeljedésre ingerlő mikrobák hogyan telepszének meg épen a pete részét alkotó chorionbolyhokon és ha megtelepedtek, miért ölik el csak az egyik életet, és ha már épen úgy felidéztek a hám elszaporodását, miért nem ölik ki a nekik talajul szolgált minden test életét? Mert hiszen a chorioepitheliomák szintén csak rákos daganatok, ezekről pedig jól tudjuk, hogy egyszer a legeslegrosszabb indulatú rák alakjával hetek, sőt napok alatt kioltják az életet, máskor meg maguktól meggyógyulnak; egyszer pár nap alatt tele van a tüdő, a máj gyógyíthatatlanul hámosportokkal, máskor meg ugyancsak ott vannak egyszerű szülés után is a hámmetastasisok a tüdőben a nélkül, hogy akár csak kóros tüneteket is okoztak volna.<sup>1</sup> Így nem tudom hinni, hogy az ovogen daganatok, a dermoid, a teratoma mikrobás daganat volna. Azután a sok közt azt sem tudom hinni, hogy a fibroma, a sarkoma, a chondroma stb. bakteriumos betegség volna, pedig ha a test epitheléről felteszszük, hogy apró szervezetek okozta inger behatására burjánzik kórosan, akkor a desmoid-daganatok ugyanazt a feltevést csak olyan joggal megérdemlik, hiszen ezek sem egyebek, mint az egészséges test felépítéséhez szükséges szövetelemek túlságos szaporodása. Ezekre nézve bennem mindinkább meggyőződésé válik az a gondolat, hogy közülök pl. a fibromák mechanikus izgalmak következtében fejlődnek és az a körülmény, hogy sok sarkoma (40%)<sup>2</sup> keletkezésében is aetiologiai momentumként elvitázhatatlan pozitívással kimutatható a külső erőművi behatás, a trauma, ebben a meggyőződésben csak megerősít. Csak hát a fibromyomák tűrhető, lassan fejlődő betegségek, melyeknek a terjedése korlátok között történik, a szövetelemeknek, melyekből fejlődtek, szaporodási energiája mérsékelt, míg az epithel, vagy annak a rokona, az endothel, még az egészséges testben is fűrgő reproductioval újítja meg önmagát. Kikerestettem ez alkalommal a klinikán működésem idejéről, az 1903. év elejétől a folyó év október haváig, tehát 3<sup>3</sup>/<sub>4</sub> évről a klinikán ápolt betegségek közül a fibromyomákat és carcinomákat s azokat számszerint és százalék szerint szembeállítva, azt találtam, hogy ez idő alatt 167 fibromást és ugyanezen idő alatt 173 carcinomás beteget ápoltunk a klinikán; százalékban kifejezve az összes, a klinikán bentfeküdt betegekhez képest 10.9% volt a fibromások és 11.34% volt a rákos betegek száma. A miből az következik, hogy a desmoid-daganatoknak csak ezt az egy fajtáját tekintve, a kórházi ápolást igénybevevő ilyen betegek arányszáma megközelíti azt a számot, melylyel az epitheliás újképződések szerepeltek a statisztikámban.

Azt kérdezhetné valaki tőlem, hogy mire való ez az okoskodás azok után, a mit az olvasottakból és a most folyó conferentián is hivatott ajkáról, mindnyájan tudunk és hallottunk? Tehát, tisztelt Uraim, arra való akar ez az én, a közös eszméserét bevezetni szándékoló eszmefuttatásom lenni, hogy általa ne csak arra hívjam fel a conferentia figyelmét és actióját, a mi az előadásom címében van kifejezve, tudniillik, hogy ne csak az irányban fejtsen ki a conferentia agitatót, hogy a már betegeket figyelmeztesse, rábeszélje és siettesse az operatio elé vagy alá,

<sup>1</sup> Fischer: Experimentelle Erzeugung atypischer Epithelwucherungen etc. Münchener med. Woch. 1906. 42. sz.

<sup>2</sup> Czerny: Internat. Konfer. f. Krebsforschung, Heidelberg-Frankfurt, 1906. szeptember. Cbl. f. Gyn. 42.

<sup>1</sup> Schmorl: Az embolikusan elhurczolt placentasejtek sorsáról. C. f. Gyn. 1905. 5.

<sup>2</sup> Schächter: Gyógyászat, 1906. 38.



mert abban az esetben, ha csak ennyit tesz, fél munkát végez, hanem dolgozzon ki a conferentia maga, vagy adjon az elnökségnek megbízást és a megbízáshoz irányt arra nézve, hogy a rákbizottság szerkesztszen össze a mai tapasztalatokra épített olyan értelmű óvást is, a mely a rákbetegség ellen védekezés prophylaxisára vonatkoznék. Tudom jól, hogy ennek az óvának a megszerkesztése nem lesz könnyű, de hát a bizottság már akkor, mikor megalakult, előre tudta, hogy rendkívüli munkára vállalkozott. Azt is tudom, hogy az ilyen óvás megszerkesztéséhez az emberi test különféle részeit gyógyító, specialiter különösen képzett szakemberek együttműködése volna szükséges, de akármennyi embert és akármennyi munkát vegyen bár igénybe ennek a tervnek a keresztülvitele, ez a nehézség, ha szándéka a bizottságnak komolyon dolgozni, szóba alig jöhet. Hogy a gondolataimat jobban megértessem, a magam szakmájából példával is élek. Mi nőorvosok feltűnően gyakran találkozunk olyanokkal a méh rákjával, a kik többször is vetéltek, közelfekvő a feltevés, hogy a számos vetélés közt sok a műveleg indított vetélés; a vulva-, az endometrium-carcinomák aetiologiájában szerepet játszanak a pruritus, a régi catarrhusok; az endometrium és tuba kankós betegsége hosszan hanyagolva, még a laikus szemében is félelmet kelt rákra, stb. stb. Egyszóval az az én szándékom, hogy a conferentiának a figyelmét oda is tereljem, hogy már addig is, míg a rák aetiológiájáról bizonyosat tudni lehet, azt, a mit a védelemre jónak tart és gondol, foglalja írásba s óvás alakjában hozza a laikus világnak is mielőbb a tudomására.

Ha azonban ezt az én propositiomat a conferentia magáévá tenné, akkor bizonyos mértékig mégis állást kellene elfoglalnia abban a tekintetben, hogy tanácsadásában a betegséget mint mikrobás, vagy pedig csak mint traumabetegséget fogja-e felfogni. A magam álláspontját már jelezni próbáltam. Én ma még, ha egyedül állnék is, azt hinném, hogy a rákmikrobákat hiába keressük; ha netalán bakteriumtudósok valamikor találnak valamit, accidentaliter, véletlenül odajutott apró szervezetek lesznek azok épen úgy, mint a hogy ilyen lenne az is, a mely, a hogy mondom, véletlenség folytán egy-egy fibromyomában, vagy fibromában található volna. Nekem, a mikor a számtalan hypothesis közt választani próbálok, az a gondolatom, hogy egy teljesen egészséges szervezett ember testében minden tekintetben megvan az egyensúly. A hogy megkivánjuk az egyensúlyt, teszem azt, a vér alkatrészeiben, a szövetnedvekben, a sókban, arsenben, vasban, phosphorban, mangánban, a hogy egyensúly szükséges a parenchymás és érzékszerveknek, meg a mirigyeknek a kifejlődésében és azoknak egymásra való hatásában, épen olyan egyensúly kívánható meg a testet felépítő, a testet alkotó szövetelemeknek mennyiségében, minőségében és a természet törvényei szerint való szaporodásában és újonképződésében. Ha az egyensúly bárhol is megbomlik, beteg az ember. A szervezetnek építkezésében sokféle elemre és az ezekből alkotott különböző irányú és célú szövettelepre van szüksége. Ezeknek az elemeknek és telepeknek már a fejlődés legelső percétől más a karakterük, más a fejlődési, élet- és reproductivteltetésük, ezek egymást pótolni nem tudják s egymással átváltozni nemcsak képtelenek, de egymással itt-ott érdeköszeütközésbe is jöhetnek. Ez oszeütközésekből fejlődnek azután a belső túlkapások. Minden túlkapás pedig betegséget jelent. Még az is betegség, ha az élet sejtjei, a vörösvérsejtek túlkapnak, annál betegbb az, a kinél a fehérek jutnak a túlsúlyra. Az organismus berendezkedésében gondoskodik s védi magát e túlzások ellen. A beteg összerakott, sérült, vagy öreg<sup>1</sup> szervezet védelemre gyenge. A hűlés, trauma, sebzés stb. folytán életenergiájukban szenvedett szervek vagy szövetek például nem tudnak többé ellentállani a test közönséges vendégeinek, a testben sokféle módon és alakban jelenlévő bakteriumoknak sem, a melyek azután a folytonosan vagy gyakran sértegetett szövetelemeknek, meg az ellentállásában meggyengült szomszédságnak a rovására túlkapnak, rohamosan szaporodni fognak. Minél hitványabb a talaj, mennél kevésbé tökéletes az oszszszervezet, minél betegbb volt a törzs, melyből az a beteges hajtás fejlődött, annál kevesebb ok és alkalom kell hozzá, hogy az egyensúly megbomoljon. A legenergi-

sabb és leginkább elterjedt szövetrésze az emberi testnek kétségen kívül a hám, ezek a fürge sejtek gyorsan reprodukálnak és ha egyszer betegesen lábrakapnak, önmagukban olyan erők, mint akár a legerősebben virulens streptococcusok, a melyekkel szemben a szervezet már védekezni sem tud. A betegség lokális, míg ezek a szapora sejtek nagyobb nyirok- és véresek ürterébe bele nem jutottak, azután góczokat alkot s elterjed a test minden részén. A hámszövet szívós, mindenütt könnyen meglepszik s az új talajjal hamar megalkuszik. Így az ovarium hámja nemcsak az anyatest más helyén is fészket ver s tovább élni képes, hanem idegenben is megkapaszkodik, tovább fejlődik s a testben mint frissen beoltott új mirigy fontos szerepeket játszik. (Pankow, Morris, Cramer.) Az ilyen átültetett ovariumból elpusztul a stroma, s a hám az, mely új életre és működésre képes (Ribbert).

Szóval manap s addig, míg a kórbúvárok engem másról és pedig positiv bizonyítékokkal meggyőzni nem fognak, azt hiszem, hogy a miként a nedveknek, a test organikus és anorganikus alkatrészeinek mennyiségében és minőségében, a szerveknek és mirigyeknek munkájában és productiojában, az indító és gátló idegcentrumoknak, a szembenálló antagonista izmoknak egymáshoz való viszonyában egyensúly szükséges; a mennyire a test egészségéhez még az abban élősködő bakteriumoknak is bizonyos arányos elosztódása és mérsékelt vagy fokozott activitása, azaz bakteriumegyensúly szükséges, ép oly szükség van a testi épséghez szövetegyensúlyra. Rossz fogak izgatására a nyelven, piszkálgatás folytán az orron, pipaszár nyomására az ajkakon, forró vagy rosszul rágott ételek nyelésére a gyomron, mérges fűszerek miatt a raktárban, a májban, székrekedések, nehéz székélések következtében a coecumon és anuson, művi abortusok után a méhnyakban, catarrhusok helyén mindenütt, a hol az hosszasabban fennállt vagy sűrűn ismétlődik, inog az egyensúly. „Ribbert<sup>1</sup> kimutatta, hogy carcinománál a kötőszövet is változást szenvedett, melybe az epithel később beburjánzik; a kötőszövet eleinte velenő a carcinomás csappal és azt az előrenövekvő kötőszövet a környezettől el is határolja. A kötőanyag burjánzása Ribbert szerint szintén különböző ártalmak chronikus ráhatása által lesz kiváltva; ezt a burjánzást a belenővő epithel ingere egyideig ugyancsak fenntartja, később azután az epithel gyors szaporodásával felülkerekedik s hatalmat nyer a környezete felett.“ A gyenge szervezetben könnyebben lábrakap ez a szövetingás, az ellentálló erős test féken tudja azt tartani s ki tudná megmondani, hányszor rendezi is a felmerült hibát. Ezek szerint tehát a testi egészséghez mindenben egyensúly s e gyűjtőnév alatt szövetegyensúly is mindenütt szükséges. Ezt az egyensúlyt pedig megzavarják a hő, a vegyi, a mechanikus ingerek és az ilyen külső vagy belső kártékony hatások. — — Belátom, hogy belőlem most tisztán az empiria beszél. A tárgyalás anyagául kitűzött betegség azonban a gyakorlat mindennapjának sürgető kérdése. Tájékoztatlanságunkban magam is legjobban akkor örvendeznék, ha a rák mikrobacillusát megtalálták volna, mert a gyógyításban ekként juthatnánk igazán solid alapokra. Ez azonban most nincs még megtalálva, addig pedig jogos minden hypothesis, melyet a tapasztalat állít fel magának.

A betegség aetiologiája felől ilyen bizonytalanságban, a therapiának sem lehet teljesen positiv iránya. Itt is azt gondolom, hogy nem az igaz úton haladunk előre. Mert ugyan mit is teszünk mi mindannyian, a hányan a késsel szoktunk gyógyítani. Valljuk meg őszintén, hogy lassanként visszaélünk vele. E megjegyzésem nem vád akar lenni, hiszen akkor magamat épen úgy vádolnom kellene. De hát úgy van az Uraim és ez az igazság, hogy szorultságunkban, a kénytelen helyzetben, jóindulatból és a jóratörésvéből majdnem mézárosok leszünk. Mi, gynaekologusok odáig jutottunk, hogy kiirtjuk akár egy harmadát az emberi testnek. A bizonyosan elvesztettnek tudott élet érdekében a legjobb indulatot még az ilyen műtétnél is lehet, sőt fel kell tételezni. A gynaekologusok ma már egy méhrákért kipusztítanak mindent a kismedenczéből, nem maradt ott jóformán semmi sem. Kihámozzák a méhet a környező kötőszövetgyökerekkel együtt a medencze faláig, lehámozzák a mirigyeket fel az aortáig, reszekálják a rákosan infiltrált hólyag és mind a két ureter egy-egy nagy darab-

<sup>1</sup> Freund: A rák pathogenesise. Zeitschrift für Krebsforschung, 1905. III. 1.

<sup>1</sup> Ribbert. Zur Kenntniss des Carcinoms. Deutsche med. Wochensft. 1906. 42.



ját, azután implantálják az uretercsontokat az összevarrt hólyagmaradékba. Sőt van, a ki kiirtja az egész hólyagot, egy másik, a ki az egész rectumot, vagy az ureterrel együtt a vesét is. (Goldberger, Franz, Döderlein.) Az ilyen műtét már valóban műszárlás s csak merész túlhajtás a más rovására; ha az ilyen operált nagynéha a műtétet átéli, pár hétre vagy hónapra elpusztul rendszerint májrákban, vagy az egyebütt megtelepült metastasisok folytán. És különösen ezekre gondolok akkor, a mikor azt hiszem, hogy nem vagyunk teljesen az igazság útján. Abból indulva ki, hogy a betegséget ma még egyedül csak késsel gyógyíthatjuk, majdnem kizárólag azon fáradozunk, hogy a műtőtechnikánkat tökéletesítsük. És hány élet a tandíj s mennyi az áldozat a kezdők kezében, míg a technika lépésőjén arra a magaslatra jutnak, a mely az ilyen nagy operációkhoz szükséges. Az volna a gyógyításnak a természetes és azért a valódi formája, ha megakadályozhatnók a hám szaporodását, ha a hámszövetet a fészkekből a nélkül, hogy az egészséges szomszédságot sértjük, kihamozni, kioldani tudnánk. Hiszen ott is, a hol már a késsel célt érni nincs reményünk, tüzzel vagy maró gyógyszerekkel pusztítjuk el a rákos telepeket, igaz, hogy velük sok ép szövetet is, csak hogy a betegnek pár hónapnyi jobb időt, alanyi nyugalmat szerezzünk; a tüzes vas azonban nem éri el a csapoknak a végágait, melyek a fészkekből szerteszét terjedtek, a betegség egy része tehát mégis csak bentmarad és egy kis szünet után rágódik tovább és előre. A hám kioldása a kötőszövetfészkekből pár évtized előtt volt már, legalább elvétve, kísérletek tárgya. Minthogy azonban ezeknek a kísérleteknek abban az időben nem volt különös látszatja, a gyógyításnak ez a módja az utóbbi években nem is került szóba. De hát évtizedek előtt a kés is majdnem tehetetlen, gyenge, s mintegy csak palliatív eszköz szerepelt a rákgyógyításban és nagy kérdés, hogy évtizedek múltán is megmarad-e a mai hatalmában? Erre a kérdésre talán majd a Röntgen-sugarak adják meg a választ.

Ezek szerint ma és a legközelebbi jövőre nem marad más menekvésünk hátra, mint azon a tapasztaláson okulva, mely szerint a betegség a kezdeti szakában helyi gócot alkot, kimetszeni mindjárt. Az a valóság tehát most, hogy mindnyájunk feje felett ott lebeg egy olyan veszedelem, mely ellen praeventive védekezni eddig nem is tudtunk s azért nem is szoktunk; mint egy megnyugszunk a praedestinationban s várjuk megadással, míg magunk is ilyen betegek leszünk. Annyi, a mit ma tudunk, mindössze, hogy, ha kiűtött valahol ez a betegség, ki kell azt irtani, és pedig a legeslegkezdeten és minél szélesebben, mert csak így lehet annyi reménységünk, hogy száz rákbeteg közül 20, talán 25 végkép is meggyógyul. Kétséget nem szenved, hogy a multhoz viszonyítva, életben ez is nagy nyereség és épen ebből az indokból addig, míg valamely más módot nem tudunk találni, a gyakorlók a rákgyógyításnak ezen az útján tartoznak haladni. Ha pedig ez így van és a korán kimetszett rákos góc helye csakugyan és bármily kis százalékban, de végkép is gyógyulhat, akkor mi, mint az egészségnek és életnek hivatott őrői, kötelesek vagyunk minden embertársunknak a figyelmét felhívni ebben az irányban. Tanítsuk meg őket a védekezésre, mondjuk el és írjuk meg nekik, hogy melyek ennek a bajnak a kezdőjelei, hogy a rák kezdetben korlátozott, helyi természetű, hogy ily stadiumban meg is gyógyítható s hogy a gyógyulás reményét a mai ismeretek szerint egyedül csak a műtét nyújthatja.

Ez a gondolat vezette a königsbergi Winter professort akkor, a mikor az 1903. év elején teljes energiával iparkodott felrázni lethargiájából a laikus világot. Winter „Die Bekämpfung des Uteruskrebses. Ein Wort an alle Krebsoperateure“ című monographiáját a következő szavakkal vezette be: „Ha jönni fog is egykor olyan idő, a melyben a rákot belső szerekkel gyógyítjuk, előreláthatóan mégis csak hosszú idő fog eltelni, míg az ilyen therapeutikus kísérletekre szükséges alap birtokában leszünk; hogy azután fogunk-e eredményt elérni, az a tuberculosus terén szerzett tapasztalataink után legalább is kétséges.“ Ő megelégednék azzal is, ha az absolut gyógyulás százaléka valamikor feljutna a 25%-ig, azonban ezt az eredményt is csak úgy gondolja valaha elérhetőnek, ha a rákot, a mikor már felismerni lehet, olyan korán, tehát a legelső symptomák jelentkezése után mindjárt operálnánk. Annak az okát, hogy a rákok elhanyagoltatnak, három tényező-

ben látja, ezek pedig: 1. A házi orvosok hiányos szakismerete és gondatlansága. 2. A bábák lelkiismeretlensége. 3. Maguknak az asszonyoknak a hanyagsága. A Winter-statistika szerint az asszonyoknak 60—76%-a első panaszával mégis csak a házi orvosához fordul, ezek közül pedig 10—15% a panaszok ellenére nem vizsgál belsőleg, csak tanácsol s a szájon át adagolt orvossággal gyógyít; 10—15%-a a rákos betegeknek először a bábát kérdezi, ezek közül pedig 54—78% maga kezeli tovább a beteget; az asszonyok maguk vagy későn kérnek ki orvosi tanácsot, vagy a kapott tanácsot nem is fogadják meg; a monographiának tanúsága szerint több mint 1/3-a az asszonyoknak már felvilágosítva húzza, halogatja a műtétet és hanyagolja magát. Ez okokból Winter felszólítást küldött Kelet-Poroszország minden orvosához s e jegyzékben egyúttal tanította őket a belső vizsgálatra, a ráksymptomákra, a próbakímetszésre s a próbakaparásra. Ugyancsak jegyzéket küldött a bábáknak és figyelmeztette őket a kötelességeik mellett külön még arra is, hogy az elhanyagolt rákos előbb vagy utóbb bizonyosan valamelyik szakorvoshoz fordul s ekként az orvosok mindig kontroll alatt tarthatják a bábáknak efajta lelkiismeretlenségét és a kapzsiságát. Végül egyenesen az asszonyokhoz szólott s „Ein Wort an die Frauenwelt“ cím alatt Kelet-Poroszország összes lapjaiban nyíltan és tartózkodás nélkül elmondta, hogy 100 rákos közül csak 10 gyógyult teljesen s hogy nagy Németország 15,000 asszonyérettel adózik évenként a rákbetegségnek. Maga Winter is úgy írja, hogy ez az ő fogalmazványa hosszú ideig tartó gondolkodásnak és megfontolásnak volt a produktuma; sokáig tartott, míg minden ellenvetésre, mely ilyen kitanítás ellen felhozható, meg tudott felelni és többszörös átdolgozásra volt szükség, míg a megfelelő formát és hangot el tudta találni. Meg is támadták, a mit tett s még a személyét is. „De hát — mondja ő — nem szabad kiesínyes tekintetektől megriadni, ha az ember nagy célokat tűzött a szemei elé.“ „A tudat, hogy célunkat, habár végtelen fáradsággal és csak hosszú során az éveknek, de mégis elérhetjük, kell, hogy ismét és előre, munkára serkentsen.“ „Egy jól organizált harezot, mobilizálásával az összes segédesapatoknak, kell megindítani az uteruscarcinoma ellen.“ S a monographiáját e szavakkal végzi: „szavaimat a sebészekhez intézett azzal a felhívással kívánom lezárni: indítsanak ők is hasonló módon systematikusan küzdelmet a maguk területén felmerülő rákfajtákkal szemben.“

Azért foglalkoztam a monographiával kissé hosszasan, mert ez az alapja és magva a további actióknak ezen a téren. Ma már Németországnak majdnem minden női klinikájáról hallatszik az e tárggyú figyelmeztető szó. Kezemben van a drezdai, lipesei, a boroszlói, a würzburgi, a berlini felhívás, a Martin intészava a greifswaldi női klinikáról. Nem akarok nagyon hosszadalmas lenni s azért nem ismertetem ezeket itt mind külön-külön, talán nincs is szükség rájuk; a mint mondom, mindnek a tartalma ugyanaz, a mely a Winteré, csak az egyik rövidebben, a másik jobban elnyújtva, egyik-másik nagyon is népszerű, vagy nehéz és virágos formában mondja, a mit el akar mondani. Talán érdekes tudni, hogy a Winter felhívásának mi volt a fogantatója. 1904. április havában közölte már Winter: az orvosok közül csak 11% nem vizsgált azonnal, egészben 39-cel gyakrabban küldtek be kimetszett vagy kapart anyagot a gócső vizsgálatra, a bábák közül a felhívás szétküldése után csak 14% kezelgetett maga, az asszonyok közül meg 90% 14 nap alatt beleegyezett az operatióba. Az operabilitás százaléka egészben Kelet-Poroszország területén egy év alatt 62%-ról 74%-ra szállott. Tagadhatatlan, hogy egy évi időre nagyon szép eredmény.

Winter példáján okulva, magam úgy gondoltam, hogy az én klinikámon megfordul évenként 1400—1500 szülő nő s körülbelül 4000 ambulans, ezeken kívül a női osztályon pár száz bentfekvő nőbeteg; ha én ezeknek, a mikor a klinikát elhagyják, mindegyiknek adok egy figyelmeztető lapot a kezébe, akkor mi az év végéig nemcsak azt a körülbelül 6000 asszonyt tettük figyelemessé, hanem mindazokat, a kik ezekkel ismerősök, vagy rokonságban vannak. Szerkesztettem tehát egy csupán asszonyoknak szóló néhány sornyi intést. Talán 20 rövid sor mindössze az egész s mégis azt mondhatom én is, a mit Winter mondott, hogy t. i. egy ilyen célú óvást összeállítani nem egészen könnyű. Kell, hogy rövid legyen, mert a hosszú epistolákat kevesen



olvassák; legyen tapintatos és nagyon ne ijesszen, mert az asszonyok közt sok van, a ki félénk, ideges, amúgy is már betegesen izgult és könnyen képzelődik, de azért valamely csendesebb formában mégis csak ijesszen, mert az asszonyok egy része, míg subjective jól van, az egészségével rendkívül könnyelmű; azután meg rá kell hogy mutasson a betegség kegyetlen voltára, de azért biztasson, hogy az, a ki siet gyógyulást keresni, azt, idejekorán gyógyíttatván magát, még el is érheti; kérdés tárgya az is, hogy a betegség neve, a „rák” szó szerepelhet-e az ilyen felhívásban? Ha betesszük, az asszonyok például túlságosan megriadnak tőle s ott is rákot látnak, a hol soha nyoma sem volt. Ha meg nincs bent az a rák szó, akkor meg lárifári beszédnek fogják tartani az egész actionkat, mely csak arra való, hogy ijesztgetésével az egészséget is hozzánk, az orvoshoz kergesse. Az én klinikám a múlt 1905. év január havától osztja a lapokat. Pár sor csak ez az óvás, azért felolvasom:

#### Figyelmeztetés!

Az élhet sokáig, a ki vigyáz az egészségére és ha abban hiba esik, azonnal segítség után lát. Sok asszony életét meg lehetne menteni, ha az önmaguk iránt való gondatlanság, hanyagság és álszemérem nem tartaná őket vissza és ha a betegségük legelején orvos tanácsát kérik. Az elhanyagolt betegséget nehéz gyógyítani. Különösen gyakran láthatók ilyen elhanyagolt állapotban asszonyoknál a *rákbetegségek*. Pedig a rák gyógyítható, ha a keletkezése idejében észreveszik és haladéktalanul gyógyítani kezdik.

Figyelmeztetjük Önt, hogy: ha fiatalabb éveiben a havi vérzése a szokottnál erősebb mértékben jelentkeznek, ha ezek a vérzések 28 napnál rövidebb idő alatt ismétlődnek, ha fehér vagy színes folyást venne észre, ha has- vagy keresztáji fájdalmat volnának, ha 40 éven túl a vérzéseknek a korrall járó pár havi vagy évi elmaradása után ismét vérzések indulnának, forduljon késedelem nélkül szakértő orvoshoz! Bábak nem tanulják azt, hogy miről lehet a rákot keletkezésekor megismerni. Kuruzslók és javasasszonyok pedig tudatlanságukkal csak ronthatnak.

Abban az esetben, ha az orvos komoly bajt nem talál, akkor is a lelki megnyugvásért érdemes a vizsgálatnak magát alávetni.

Figyelmeztetjük Önt: Ne hanyagolja az egészségét!

\* \* \*

Nem tudom, hogy a gynaekológiával foglalkozó szorosabb kollegáim osztogatnak-e hasonló nyomtatványokat; ha nem tenék, annál inkább érdemesnek tartom megemlíteni az eddig is már feltűnt azt a tapasztalásomat, hogy a magánygyakorlatomban, különösen a házi rendelésben meglátszik ez intőlapoknak máris a hatása. Gyakran jelentkeznek asszonyok idáig fel sem vett apró kis bajokkal, sokan meg, egyébként jó alanyi érzéssel, directe azzal a szándékkal fordulnak meg nálam, hogy megtudják, nincs-e nekik kezdőfélben levő rákos betegségük.

A gynaekologusokon kívül tudtommal csak Dollinger tanár oszt efféle intő czédulákat. Az ő szerkesztése természetesen lényegesen elüt az enyémtől; ő az egész testnek különböző rákjára hívja fel az emberek figyelmét, az ő felhívója szól az asszonyoknak épen úgy, mint a férfiaknak. Mert a tárgyalásra alapul szolgálhat, ezt is felolvasom:

Felhívás a rákbetegség korai gyógyítására.

*A rákbeteg meg lehet gyógyítani, ha korán megoperálják.*

Egészségünket sokféle veszedelem fenyegeti. A leggonoszabbak egyike a rákbetegség. Sok ezer embert pusztít ez el évente, de csak azért, mert betegek nem keresik fel idejekorán az orvost, hanem a bajt a kezdetén semmibe sem veszik, háziszerekkel kuruzsolják, kenetik, flastrómozzák avagy égetik. Mindez pedig nem csak hogy hiábavaló, hanem már csak azért is ártalmas, mert ezalatt telik az idő, a baj mindjobban belefészkel magát a testbe és később már az orvos sem tudja megmenteni a beteget. Pedig a rákos beteget meg lehet menteni, ha idejekorán fordul az orvoshoz.

A rákbetegségnek csak egy biztos orvossága van. Ez az operáció. Minél korábban ismerik fel a rákbetegséget és minél korábban operálják meg a beteget, annál bizonyosabb, hogy betegségéből egészen kigyógyul. Ha tehát valakinek a teste felületén vagy pedig a testében olyan daganata nőtt vagy pedig olyan fekélye támadt, a mely rák is lehet, az ne vesztessen az idejét kuruzslással, hanem azonnal forduljon orvoshoz és tőle kérjen tanácsot.

A rák a test felületén néha úgy mutatkozik mint egy apró csomócska, a mely nem akar elmúlni, hanem ha lassan is, de folyton növekedik, később pedig sokszor ki is fekélyesedik.

Lehet az embernek rákja a teste bármely részén.

Keletkezhet a rák a fejen vagy az arezon bárhol, különösen a szemhéjakon, az orron, a fülön, pipás embernek pedig különösen az ajka azon helyén, a hol a pipát fogja. A szájban a rákos csomó vagy fekély a nyelven, a foghúson vagy bárhol egyebütt keletkezhet.

Asszonyoknál gyakori a rák az emlőben. Itt mint egy csomó jelenik meg, a mely eleinte nem is fáj, csak később jönnek belé nyilalások és ha sokáig meg nem operálják, akkor később ki is fekélyesedik.

A belső szervekben is megnő a rák.

Ha valaki sokáig rekedt, ha a nélkül, hogy okát tudná, nehezen tud nyelni, ha hosszabb idő óta gyomorbaja van, ha a hasa bármely részében csomót érez, ha a székelésnél fájdalmi vannak, a széketéte véres és a végbeléből genyes-véres kifolyása van, ha a vizelete véres vagy ha az asszonynak van szokatlan időben véres kifolyása, az ne kezelje baját hiábavaló háziszerekkel és ne menjen kuruzslóhoz, hanem forduljon orvoshoz és vizsgálta meg magát.

*Vannak más betegségek is, a melyek a rákhoz hasonló daganatokat vagy fekélyeket alkotnak és hasonló tüneteket okoznak, a melyeket az imént leírtunk, pedig sem nem olyan veszedelmesek mint a rákbetegség, sem megoperálni az ilyen beteget nem kell, de biztosra megismerni, hogy a betegnek csak jóindulatú betegsége van-e avagy pedig rákja, azt csak az orvos tudja.*

*A kiben az orvos rákbetegséget ismert fel, vagy olyat, a melyik a rákra gyanus, az ne essék kétségbe, mert ha a rákot idejében felismerik és operációval jókor eltávolítják, akkor a rákbeteg meg is lehet gyógyítani.*

\* \* \*

Kétséget nem szenved, hogy e figyelmeztetések feltétlenül eredménynyel járnak. Képzeli el, hogy évenként nem két klinikáról s nemcsak tízezer példánnyal, hanem száz kórházból és több százezer ilyen lappal nógatunk orvost, bábát és laikust a fokozott elővigyázatra, akkor egyszer mégis meg fog jönni az az idő, a mikor nem kell a beteg embernek harmadát, felét levagdálnunk, hanem az eredőben levő s még elhatárolt beteg fészket kis műtéttel és könnyen kiirthatjuk. Winter, a kinek ezt az egész üdvös mozgalmat köszönjük, az 1904-ben megjelent cikkét ezzel a három szóval végzi: „Es muss gelingen.”

Ezek elmondása után a conferentiának azt proponálom:

1. Bizza meg a conferentia a rákbizottságot egy óvás szerkesztésével, a mely rámutat azokra a káros tényezőkre, melyek a test különböző helyén rákos fejlődésre okul szolgálhatnak.
2. Bizza meg a conferentia a rákbizottságot egy, vagy különös tekintettel az asszonyokra és náluk a méhrákra, két olyan figyelmeztetés szerkesztésével, a mely elmondja a rák legelső jeleit és azt, hogy a rák meg is gyógyul, ha azt jelentkezésekor azonnal kiirtják.
3. Eszközölje ki a rákbizottság, hogy ez a két felhívás az állam költségén évenként több százezer példányban kinyomva, a bizottságnak mindig rendelkezésére álljon.
4. Találjon módot arra a bizottság, hogy ezek a kitanító lapok az ország minden kórházában s az év minden napján osztogatva, terjesztve legyenek.

Egyszer, vagy időnként való felhívás hatása csakhamar elalszik, megszűnik. Gutta cavat lapidem. A folytonos nógatás, félrázás kiveri a legtünnyebb szemekből is a nemtörődés ostoba és mély álmát.



Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi nyilv. rendes tanár.)

Az Achilles-in egy sajátos megbetegedéséről. (Tendinitis achillea traumatica.)

Irta: Gergő Imre dr., műtőorvos.

Mult év december havában a Centralblatt für Chirurgie 48. számában A. Schanz (Dresden) figyelmünket az Achilles-innak egy megbetegedésére hívta fel, a melyre mindeddig bel-orvosok és sebészek egyaránt látszólag nem ügyeltek. Schanz szerint traumatikus alapon, az Achilles-innak erősebb distractioja folytán, a nevezett innak felső részében egy többé-kevésbé élesen körülírt és fájdalmas duzzanat támad, mely az Albert ismertette achilodiniától abban tér el, hogy székhelye ennél sokkal magasabb, a bursa retrocalcanea (v. subachillea) táján egészen felül esik. Schanz ezen megbetegedést tendinitis achillea traumatica névvel illette.

Folyó év január havában pedig a Centralblatt für Chirurgie ez évi 1. számában G. Drehmann (Breslau) is, vonatkozással Schanz mult évi cikkére, foglalkozik ezen megbetegedéssel; meg-erősíti Schanz klinikai észleléseit, de a bántalom okaként nem az izom distractioját, illetőleg az izomrostok szakadását szerepelteti, hanem azon mechanikus momentumot, mely akkor létesül, midőn plantárflektált lábtartás mellett (pl. hegymászásnál, biciklizésnél, táncznál stb.) a megfeszülő Achilles-in a tibiától távolodik és a cipő kemény szárához, helyesebben ennek kingró felső széléhez huzamosabb ideig dörzsölődik.

Ugyanakkor (Centralbl. f. Chirurgie 1906. 1. sz.) R. Baracz (Lemberg) is említést tesz ezen bántalomról és figyelmeztet, hogy hasonló megbetegedést köszvényes egyéneknek gyakran látott. Baracz tendinitis achillea arthritica, egy későbbi helyreigazító közleményében pedig (Centralbl. f. Chirurgie 1906. 3. sz. 96. l.) tendinitis achillea urica névvel illette a bántalmat. Látható azonban már ebből is, hogy a Baracz ismertette Achilles-in megbetegedés aetiologiájában egészen más tényezők szerepelnek, mint a Schanz-féle megbetegedésnél; ugyan szintén ezen in egy megbetegedési alakja az, de a két bántalom nem azonos.

A tendinitis achillea traumatica lényegéről a klinikus megfigyelésen kívül, mely az innak, illetőleg az in körüli laza szöveteknek exsudatiojára enged következtetni, más adatunk nincsen, minthogy autopsiás leletek mindeddig nem állanak rendelkezésre.

Gyógykezelésként a szerzők valamennyien a lábnaak rögzítését ajánlották lóláb-állásban, ragtapaszoktós segélyével. Így a betegség állítólag néhány hét leforgása alatt meggyógyulna.

\* \* \*

Ezeknek előrebocsátása után idevágó két esetemre térek át, melyek az I. sz. sebészeti klinika testgyógyászati járóbeteg-rendelésén kerültek megfigyelés alá.<sup>1</sup>

1. N. N. dr., 28 éves, orvos. Jelentkezett 1906. február 9.

Előadja, hogy 1905. augusztus hó elején körülbelül meternyi magasból leugrott és bal lábát akkor megrántotta. Másnap mérsékelt fájdalmak mellett egész lábfeje megduzzadt, Achilles-ina akkor kezdett fájni. A láb duzzanata két hétig tartott; a beteg ezalatt feküdt, használt hideg borogatásokat, jodtinctura-csételéseket, később lábát masszálta. Ezen pihenője után a lábfej duzzanata elmúlt, de visszamaradt az Achilles-in fájdalmas duzzanata, melynek érzékenysége főleg sok járás után fokozódott kellemetlen módon. Folyó év február 6.-án a beteg bal lába újból megbicsaklott; közvetlen utána a beteg 1/2 óráig erőltetett módon lovagolt, de akkor fájdalmak az Achilles-in duzzanatában annyira erősödtek, hogy kénytelen volt a lovaglást abbahagyni és lefeküdni. A beteg most meleg alkalmazásával próbált célhoz jutni, gőzfürdőt is használt, de fájdalmak nem szűntek. Február 9.-én felkeresi a klinika testgyógyászati rendelését.

Jelen állapot. A bal Achilles-in felső fele erősen duzzadt,

<sup>1</sup> A betegeket a budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztályának 1906. február 15.-iki rendes gyűlésén mutattam be.

érzékeny. A duzzanat nagyjában orsóalakú, hüvelykujnyi széles, a sarok felett három ujjal kezdődik, felfelé határai elmosódnak. A bőr a duzzanat felett teljesen ép. Az Achilles-in ezen területének érzékenysége nyomásra fájdalommal fokozódik. Járásnál a beteg bal lábára sántít, a láb teljes lebonyolítását a fájdalom miatt elkerüli.

2. S. V., 28 éves, szakácsnő. Jelentkezett 1906. február 10. Jelentkezése előtt hat nappal állítólag a vonat lépcsőjéről ugrott le, jobb lába akkor megrándult. Utána mérsékelt fájdalmakat érzett a külső boka alatt és hátul a sarok felett; egy napig feküdt, lábát hidegen borogatta; mivel azonban fájdalmak nem szűnnek, hozzánk jön tanácsért.

Jelen állapota egyezik az 1. számú eset helybeli statusával, csak hogy a bántalom jobboldalt székelt.

\* \* \*

Mindkét betegnél az Achilles-innak lobja a Schanz-féle okoskodásnak megfelelően az in distortioja folytán támadt, hirtelen, ugrás után; az egyiknél bejövetele előtt körülbelül fél évvel, a másiknál körülbelül egy héttel. Bántalmát mindkét beteg közvetlenül eme traumával hozta kapcsolatba.

Eseteimből a bántalom egyoldali volt. Drehmann szerint a kétoldali affectio volna gyakoribb.

A körképhez az említettek után nincs mit hozzátennem.

A gyógykezelést és lefolyást illetőleg: eleinte mindkét esetben megkísérlettük az ajánlott ragtapaszoktós és a lábát gyenge lóláb-állásban egy hátulsó hosszanti és 4—5 körkörös tapaszcsík segélyével rögzítettük. Az eredmény igen jónak volt mondható. A fájdalmak azonnal szűntek, a betegek ismét könnyen jártak és a duzzanat apadt. Főleg az 1. számú esetben volt ez szembetűnő, hol a fél éve fennálló bántalom ellen a beteg eddigelé annyiféle kezelést kísérelt meg, sikertelenül.

Később Dollinger tanár ajánlatára kezelésminket még egyszerűbbé tettük az által, hogy a cipő sarokrészének belső emelésével igyekeztünk a láb equinus-állását elérni, és az Achilles-int emígy feszíteni. Mindkét betegünk egy ideig ily lábbelít hordott és fájdalmaikat, panaszait ez is szüntette.

Folyó év június havában alkalmam volt mindkét beteget újból látni. A rendelt cipőt mindkettő néhány hét múlva elhagyta, fájdalmakról egyik beteg sem panaszkodott, az 1. számú esetben a duzzanat lényegesen apadt, a 2. számú esetben pedig teljesen eltűnt.

Közlemény a kolozsvári kir. tud.-egyetem kórboncz-tani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr. egyetemi tanár.)

Bacillus fusiformis-szal, spirochaeta gracilis-szal és cladothrix putredogenes-szel végzett tenyésztési és állatkísérletek. Adatok a kísérleti gangraena bakteriologiájához és histogenesiséhez.

Irta: Veszprémi Dezső dr. egyet. m. tanár, I. tanársegéd.

(Folytatás.)

A különféle helyről vett genyben talált mikrobák közül úgy a bacillus fusiformisról, mint a spirochaetáról ismeretes, hogy nemcsak külön, hanem együttesen, sőt más bakteriumokkal vegyesen különféle bántalmaknál előfordulnak. Így pl. eltekintve az úgynevezett angina ulcerosa-membranacea-esetektől, a melyeket épen a bacillus fusiformis és spirochaeta együttes hatásával hoznak aetiologiai összefüggésbe és pedig az összes klinikusok meg lehetős egyetértéssel, számos olyan esetet közöltek, a melyben épen a szájür más, lobos fekélyes bántalmához csatlakozó szövőd-ményekben ki lehetett őket mutatni. Ilyenekül említhetjük a peritonsilláris és perilaryngeális tályogokat, a sinus maxillaris empyemáját. Megtalálták otitis purulentánál, bujakóros, gümös és rákos exulceratióknál. Ritkább leletként említik appendicitiseknél, májtályogokban, ízületi genyvedéseknél és a női nemi szervek putrid folyamatainál. Esetünkkel kapcsolatban nem akarunk ezekkel foglalkozni, annyival kevésbé, mert az újabb összefoglaló



közlemények (*Beitzke, Babes, Eichmeyer*) úgyis behatóan ismeretik azokat. Minket közelebből olyan esetek érdekelnének, a melyekben az általunk is talált mikrobák együttesen észleltettek *metastaticus* genyedésekben.

A tárgygyal foglalkozó igen gazdag irodalom átnézése után azt látjuk, hogy felette ritkán észlelhetők a vegyes fertőzéseknek olyan alakjai, a melyek esetünkben hasonlóak. Szórosan véve illet az irodalomban csak kettőt találunk. Az egyik *Silberschmidt*, a másik *Feldmann* észlelete. *Silberschmidt* egy 58 éves férfi czombtályogjában „spirillum” okon kívül 4—10  $\mu$  hosszú, hegyes végű, orsóalakú bacillusokat talált coccusokkal és coccobacillusokkal egyetemben. Talált még ezek mellett 10—20  $\mu$ , 40—70—150  $\mu$  hosszú vékony fonalakat, részint hullámos lefutásúakat, részint hajlottakat, néhol nagyobb szabálytalan csomókban. Az eset sectionjakor kiderült, hogy az agyban metastaticus tályog, a tüdőben pedig bronchiektasiás barlangok vannak bűzös genynyel telve. Míg a tüdőbarlangok bakteriologiai lelete egyezik mindenben a czombtályogéval, addig az agytályogban csak hosszú finom hajlott fonalakat talált. *Silberschmidt* a fertőzés kiindulási helyét a tüdőbarlangokat tekintve az agytályogot, valamint a czombgenyedést joggal metastaticusoknak tartja. A bakteriologiai lelet méltatásánál feltűnő az, hogy *Silberschmidt* a mennyire részletesen foglalkozik a bac. fusiformissal és spirochaetával, éppen annyira nem méltatja kellő figyelmére a fonalbakteriumokat. Nyilván azért, mert a mint leírásából kitetszik, ezeket is fusiformis bacillusoknak tartja, mondván, hogy: „Die Enden erschienen zugespitzt.” *Silberschmidt*-nek e véleményéről, bizonyosan téves véleményéről, továbbá állatkísérleteiről, a bakteriumok kitenyésztését célzó vizsgálatairól alább lesz még alkalmunk megemlékezni, a mikor ilyen irányú saját kísérleteinkről számolunk be, nemkülönben — azt hisszük — szintén téves következtetéseiről, a melyek mindháromféle bakteriumának együvé tartozását akarják bizonyítani.

A másik eset, a mely bakteriumainknak pyaemiás jellegű áttéti genyedéseknél való együttes előfordulását bizonyítja, *Feldmann*-nak egy nagyobb dolgozatában van említve. 19 éves ifjúnál középfülgyulladásnál egyéb mikrobák társaságában spirochaeták és fusiformis bacillusok voltak kimutathatók. Szövődményképpen a sinusokban valamint toroklati gyűjtőerekben genyes thrombophlebitis jelentkezett és metastaticus tályogok fejlődtek a tüdőben és kisagyban. *Feldmann* ezen esetének bakteriologiai leletéből még különösen érdekel minket az, hogy spirochaetákon és fusiformisokon kívül kommacillusokat, hosszú vékony meg vastag fonalakat talált; hogy a legömbölyített végű bacillusok vastag kötegeket és sugaras (?) elrendeződésű csoportokat alkottak, mely utóbbiak *aktinomyces*-telepre emlékeztettek.

Ezek után nyilvánvaló, hogy — habár nagyon ritkán — a kérdéses mikroorganizmusok többnyire együttesen, néha azonban külön-külön metastaticus genyedésekben is előfordulnak, de rendszerint más bakteriumokkal, coccusokkal, bacillusféleségekkel és különösen valamely fonalbakteriummal vegyesen. Az erre vonatkozó közlemények átolvasása után önkénytelenül is feltűnt, hogy míg a szerzők a bac. fusiformist különös figyelmükre méltatják, hasonlóképpen a spirochaetákat is, addig — eltekintve a coccusoktól, a melyek rendszerint már ismert strepto- és staphylo-, vagy diplococcusfajok — a bacillusokról és fonalbakteriumokról éppen csak „per tangentem” emlékeznek meg; pedig, hogy ezek az eseteikben talált bakteriumféleségeknek már mennyiség tekintetében is egyik legszámottevőbb képviselői, az leírásaikból kiderül.

Fentebb volt már alkalmunk kifejtetni, hogy esetünkben a fertőzés kiindulása a szájrúrból történt s így a szereplő bakteriumokat is a szájrúrból származóknak kell mondanunk. Ugy a spirochaetáról, mint a bac. fusiformisról tudjuk, hogy a szájrúr bakteriumflorájának állandó alakjai. A mi pedig a fonalbakteriumot illeti, erre részletesebben majd később fogunk reá térni, előzetesen csak annyit kívánunk megemlíteni, hogy erről is az a véleményünk, hogy a szájrúr közvetítésével jutott a genyedésbe és tekintettel arra, hogy akár a szájrúrból támadó, akár innen kiinduló távolabbi genyes folyamatoknál — sőt úgy látszik üszkös gyulladásoknál is — szinte minden esetben igen sok észlelő megemlékszik róla, ez is állandó mikroorganizmus a szájrúrnak és hogy e tekintetben szintén olyan megítélés alá esik, mint a bacillus fusiformis és spirochaeta.

Hátra volna még e bakteriumoknak a genyedéseknél való szerepéről szólni. Mindjárt itt kifejezést adhatunk ama nézetünknek, hogy erre vonatkozólag lehetetlen határozott, biztos véleményt alkotni. Ha többféle olyan mikroorganizmust találunk együttesen, a melyeknek mindenike akár egymagában is okozhat genyedést, ugyan ki tudná biztosan megmondani, hogy azok közül melyik éppen az a bakteriumfaj, a melyik az adott esetben oka a genyedésnek, illetve tályogképződésnek? Mert akár a mi esetünket, akár más észlelőket nézzük, azt látjuk, hogy a fusiformisokon és spirochaetákon kívül mindig találni coccusokat, rendszerint strepto-, staphylococcusokat, bacillusokat, fonalbakteriumokat, akár helybeli, akár pyaemiás jellegű áttéti genyedéseknél. Eltekintve most már a pyogenes-coccusoktól, mint fentebb is jeleztük, úgy a fusiformisról, mint a spirochaetáról ma már tudjuk, hogy vagy magukban, vagy együttesen is genyedéseknél előfordulnak. De ismereteseek egyes trichomyceták — streptothrix- és cladothrix-féleségek is —, a melyek éppen embereknél nemcsak helybeli, hanem áttéti tályogokban tiszta tenyészetben találtattak. Igazán felesleges és hiábavaló dolog volna ilyen körülmények között annak a részletes taglalásába becsátkozni, hogy e sokféle bakterium közül esetünkben melyik a talált elváltozások okozója.

Nem mellőzhető azonban ma még annak a megállapítása, hogy ezek a bakteriumok együvé tartoznak-e, vagy mint teljesen különálló, úgy alakilag, mint élettani tulajdonságaikban teljesen elkülönült bakteriumfajok tekintendők-e, tehát, hogy ezek nemcsak hogy nem különböző változatai egy ugyanazon mikrobának, hanem hogy egymásba soha át nem mehetnek, illetve egyik a másikra át nem alakulhat. Igen fontos volna továbbá azon vitás kérdések eldöntése, hogy vajjon ezek a fusiformisok és spirochaeták azonosak-e a különböző angínáknál, genyes gyulladásoknál, vagy pedig e tekintetben különösen csak újabban méltatott üszkös folyamatoknál, nemkülönben egyéb putrid széteséseknél szereplő és morphologiailag igen egyező bakteriumfajokkal. Vagy pedig daczára nagy hasonlóságuknak valójában mégis különféle fusiformisoknak illetve spirochaetáknak tartandók. Ha pedig e különböző folyamatoknál ugyanezen bakteriumok szerepelnek, tájékozódást szerezni a felől, hogy miért okoznak egyik esetben csak egyszerű alhártyás vagy fekélyes gyuladást, más esetben akár helybeli akár metastaticus genyedést, avagy éppen üszkös lóbatok stb. Ámbár a mi a kérdéses bakteriumok egyes sajátosságait illeti, már az eddigiek után is elég alapunk volna a kérdéshez hozzászólni, mégis sokkal helyesebbnek látjuk az imént vázolt vitás kérdésekkel behatóan csak tenyésztési és állatkísérleteink összefoglaló részében foglalkozni, annyival is inkább, mert ott úgy az alak, mint élettani sajátosságok tekintetében bővebb és megbízhatóbb adatokkal rendelkezünk.

## II.

### Állattalások tüdőtülyogból.

Minthogy esetünkben a tályogokban levő szemcsék olyan szokatlanul nagy mennyiségben tartalmaztak fusiformis bacillusokat és spirochaetákat, alkalmasnak látszottak arra is, hogy velük állatkísérleteket végezzünk. Votaképpen csupán e kétféle mikroba hatását akartuk tanulmány tárgyává tenni, de a kísérletek folyamán be kellett látnunk, hogy éppen nem hagyhatjuk figyelmen kívül a már többször említett fonalbakteriumot sem. Esetünk tüdőtülyogjából egyszerre 4 nyulat oltottunk. Ezek közül azután a 3. és 4. sz. szolgált a kísérletek továbbfolytatására, a mennyiben az ezeknél fejlődött czombtályogok tartalma bizonyult alkalmasnak, illetve eredményesnek a későbbi fertőzések végzésére. A míg tehát az első 4 házinyúl egyenesen emberi anyaggal fertőztetett, a többi összes nyulak állatpassageokat képviselnek. Meg kell még említenünk, hogy eltekintve a kísérlet elején egy pár állattól, nyulainkat mind bőr alá, illetve intramusculárisan oltottuk, azért, mert arról győződünk meg, hogy a fertőzés így sokkal biztosabban sikerül, s lefolyása is inkább figyelemmel kísérhető, valamint a továbboltásra szükséges anyag is kényelmesebben és tetszésszerű időben nyerhető, továbbá a bakteriologiai vizsgálatok is többször végezhetők.

Az első 4 nyúl oltása tehát tüdőtülyogból kihalászott és



steril levessel szétörzsölt szemcsékkel történt. A többieké pedig most már a nyulaknál képződött tályogokból vett és hasonlóképen levessel hígított genyvel, vagy esetleg a genyben levő szemcsékkel. Az oltásokat mindig 1 cm<sup>3</sup>-nyi anyaggal, sterilizált Pravaz-fecskendővel végeztük.

Az állatok észlelésére vonatkozólag meg kell jegyeznünk, hogy azokat lehetőleg mindennap, de harmadnaponként feltétlenül megvizsgáltuk, nagy részüket naponként reggel és este a végbelükben hőmérőztettük. Ugyancsak minden 3. napon testsúlymérést végeztünk s észleleteinket kórtörténetszerűleg pontosan feljegyeztük. Azokat az állatokat, a melyeknél a tályogokat kellő asepsissel magunk nyitottuk fel, a lehetőséghez képest rendszeres sebészi ellátásban részesítettük, nevezetesen a tályogürt kinyomás, sublimattal való kiöblítés után vattával vagy gazezal tamponáltuk, vagy ha a tályogot falával együtt mindenestől kiirtottuk, a hiányt rétegenként varratokkal egyesítettük.

A tályogür tartalmát minden állatnál legalább kétszer, t. i. a megnyitáskor és a boncsolás alkalmával, de soknál több ízben is, vagy több tályog tartalmát is fedőlemez-készítményekben átvizsgáltuk, és pedig minden egyes esetben nemcsak hígított carbolos fuchsinnal, hanem Gram vagy Weigert szerint festett készítményekben is, a talált eredményeket az illető állat kórtörténetébe részletesen bejegyezve. Ezenkívül a tályogfalból vagy a felnyitás, vagy a boncsolás alkalmával, szükség esetén mind a kétszer darabokat vágunk ki szövettani vizsgálat céljából.

Kísérleteinket, a melyeket kivétel nélkül mind házinyulakon végeztünk, a következőkben ismertetjük.

1. Testsúly 1180 gm. Oltás a hasürbe. Állandóan hízik, betegségnek semmi tünete. 18 nap múlva megöletett. A boncsoláskor sehol semmi eltérés.

2. Ts. 1000 gm. Oltás a hasürbe. Állandó soványodás. 13 nap múlva elpusztul. Súlyvesztés 200 gm. *Boncsoláskor*: a hasürben 10 cm<sup>3</sup>-nyi, sok fibrin tartalmú savós izzadmány. A fali hashártya, a belek sűrű genyvel összetapasztottak, a geny a tasakokban van meggyűlve, bűzös. A genyben szabad szemmel is jól észrevehető tüszúrás-mákszemnyi szürkésfehér szemcsék. A lép kicsiny. *Górcsővi vizsgálatok*: a szemcsék halvány szürkés-sárgák, karélyosak, lebénnyeztek, némileg emlékeztetnek sugárgombatelepekre. Fuchsinnal festett készítményekben a tömegesen jelenlevő coccusokon kívül sok orsóbacillus, spirochaeták, s nagy számban változó hosszúságú és alakú fonalszerű bakteriumok találhatók.

3. Ts. 1620 gm. Oltás a czomb bőre alá. 13 nap múlva az oltás helyén mérsékelt duzzadás. 16. napon diónyi tályog. Tályog felnyitása a 18. napon, a mely alkalommal közel 30 cm<sup>3</sup> részint hígabb, részint sűrűbb törmeléken s meglehetősen bűzös, nyúlós geny ürül. A tályog fala fakó szürke elhalt réteggel bélelt. Az állat a tályog keletkezése után állandóan soványodott, de egyszersmind folyton újabb tályogok mutatkoztak a czombon, a melyek maguktól feltörték, majd begyógyultak, ismét kiújultak, úgy hogy lassanként egymással menetek útján közlekedő sok tályog képződött egész a bokáig leterjedve. Az egyik nagy tályogból rendkívül bűzös, fakó, piszkosszürke üszkös szövet-csafatok lógnak ki. A végtag mozgásánál, nyomásánál 8–10 helyen is előbuggyan a sűrű, bűzös, szürkés geny, a melyben tüszúrás-mákszemnyi szemcsék állandóan kimutathatók. A 68. napon az állat 600 gm. súlyvesztés után valóságos marasmusban pusztul el. *Boncsoláskor* a jobb czomb úgy a felületen, mint mély rétegekben tele van borsó-babnagyságú tályogokkal, a melyek néhol csoportosak és a felületet dudorossá teszik; egy nagyobb diónyi tályog van a czomb elülső felületén. A térd körül, a lábszáron mindenütt sűrű, bűzös genyet tartalmazó sipolyok és apró tályogok. Egyes helyeken szívós, zsugorodó kötőszövet-szaporodás, hegedés jelei.

A tályogok tartalma több ízben volt *górcsővi vizsgálat* tárgya, illetőleg a különböző időben felnyitott vagy feltört tályogokból származó genyből mindig csináltunk fedőlemez-készítményeket. Az első hónapban felnyitott vagy feltört tályogok genyében állandóan a fonalakká is kinövő bacillusok, valamint coccusok voltak túlnyomó számban találhatók. A fusiformis bacillusok eleinte még szintén elég nagy számmal jelentkeztek, spirochaeták azonban mindig csak gyéren mutatkoztak. Később, így különösen

az utolsó hetekben a fonalbakteriumoknak állandóan tömeges jelenléte mellett minden újabb vizsgálatnál különösen *feltűnt a spirochaeták nagy száma*. Ezek helyenként 2–3–4-es csomókat is alkotnak, rendkívül finomak, igen szép egyenletes apró finom hullámokkal, a melyek egyeseknél még erős nagyítással is épen csak hogy felismerhetők. Egy részük halványabban festődik, más részük sötétebben s ez utóbbiak rendszeren jobban kifejezett, jól látható hullámokat mutatnak; sötétebben festődő pont bennük sohasem látható. Fusiformis bacillusok csak gyéren akadnak, részint finomak egyenletes festődéssel, részint duzzadtak, szemcsések.

4. Ts. 1300 gm. Oltás a czomb bőre alá. 13 nap múlva mogorónyi duzzanat, a mely a 23. napon nagy diónyi tályoggá fejlődik. A 31. napon felnyitott tályogból nagyon sűrű, fehéres, nyúlós geny ürül, mely *feltűnően bűzös*, bélsárszagra emlékeztető. A genyben szabad szemmel is felismerhető szemcsék vannak, a melyek nativ készítményben bakteriumtömegeknek bizonyulnak. *Festett készítményekben* tömördek finom spirochaeta, aránylag kevés fusiformis, továbbá nagy mennyiségben hosszú fonalbakteriumok, néhol összefüggő tömegekben. Az állat folyton soványodik, tályogja nem gyógyul, hanem állandóan messzire bűzlő, hígabbá vált genyet ürít. A tályog falán később piszkos, fakószürke, *elűszkösödött csafatok* láthatók, egy részük könnyen szakad, mállekony. Az oltás utáni 60. napon az állat elpusztul, a súlyvesztés 520 gm. Boncsoláskor a bőr alatt jókora tasak, a mely még mindig sok, igen kellemetlen, átható *gangraenás bűzű genyet* tartalmaz. Az üreg leterjed a térdig és felfelé a lágyékhajlatig. A czomb alsó hátulsó részén egy másik tályogür is található, a mely körülbelül diónyi és sűrű bűzös genyvel telt. Belső vizsgálatnál semmi eltérés. Bakteriologiai lelet mint fentebb.

5. Ts. 1070 gm. Oltás a hasürbe a 2. sz. nyúl hasúri izzadmányából. Az állat hízik. 42 nap múlva a hasfalban az oltás helyén kis mogorónyi tályog, mellette egy borsónyi. A tályogok tartalma kevés besűrűsödött geny, a melyben csak coccusok vannak. Boncsolatkor a hasürben semmi rendellenesség. Belső vizsgálat nem derít ki eltérést.

6. Ts. 1460 gm. Oltás a keményburok alá előzetes trepanatio után, a 2. nyúl hasúri izzadmányából. Kilencz nap múlva exitus. Súlyvesztés 410 gm. Boncsoláskor az agy és kisagy közötti bemélyedésben kölesnyi geny-csomó, a keményburokon szabad szemmel észrevehető eltérés nincs. Bakteriologiai lelet: a genyben szép fusiformisok és spirochaeták.

7. Ts. 1030 gm. Oltás a czombizomzatba a 4. nyúl tályogjából. 13 nap múlva mélyen az izomzatban borsónyi tömött csomó érezhető. Ez igen lassan fejlődött, illetve növekedett, úgy hogy 50 nap múlva is — mikor az állat megöletett — alig diónyi volt. Közben testsúlygyarapodás észlelhető, csak az utolsó hetekben kezd az állat keveset fogyni, összes súlyvesztése 160 gm. A tályog az izomzat mélyében egészen körülírtan fekszik s egészben vágatott ki. A steril módon megnyitott tályog sűrű, alig bűzös genyéből a közönséges táptalajokra történt oltások sterilek maradtak. A genyben különben elég sok spirochaeta, fonalbakterium van és coccusokon kívül nem sok fusiformis, a melyek közt igen duzzadt, hosszú, megnyúlt, vaskos alakok láthatók, részint a középtükön halványan, részint pedig mindenütt egyenlőtlenül festődtek, nyilván elfajult, involutiós alakok.

8. Ts. 1260 gm. Oltás mint a 7. sz. Az állaton megbetegedésnek semmi jele, tályogképződés nincs. Két hónap múlva is teljesen egészséges.

9. Ts. 1300 gm. Oltás mint a 7. sz. A testsúly állandó apadása mellett 9 nap múlva az oltás helyén homályos duzzanat, 13 nap múlva nagy diónyi hullámzó tályog. 17. napon tályog-nyitás, mely alkalommal körülbelül 20 cm<sup>3</sup>-nyi hígabb nyúlós és *felette bűzös* geny ürül. A genyben sok mákszemnyi s egy-egy kölesnyi szemcse látható, a melyek elkülönítve a genyből jól kiemelhetők. A tályog voltaképpen nem alkot egyetlen nagyobb üreget, hanem az izomnyalábok között egymással közlekedő rekeszeket, elpusztítván a kötőszövetet úgy, hogy az üregek falát a lecupasztított és fakószürke elhalt izomrostok alkotják részint széteső csafatokban. Az állat a tályog megnyitása után rohamosan megy tönkre s harmadnapra el is pusztul. Összes súlyvesztés 320 gm., a melyből az utolsó néhány napra 220 gm. esik. A



tályognyitás utáni napokban a feltárt üregből már messzire büzlő szürkésfehér hig geny ürül egy-egy szemcsével; az üreg fala piszkos, zöldesszürke. *Bonczoláskor* a már említett üregek kívül innen kiinduló és a hasfal jobb oldalán egész a mellkasra áttérjedő igen büzös, eves phlegmone található a bőr alatti kötőszövetben, a mely az utolsó 2 napon fejlődött s az állat elhullásának is az oka volt.

*Górcsói vizsgálat:* A tályognyitás alkalmával kiürült genyben levő szemcsék kis nagyságú halványsárga, karélyos szélű bakteriumtelepeknek bizonyultak, s teljesen megegyeztek az eddig is leírt szerkezettel. Ezekben a szemcsékben — festett készítményekben — csakugyan a fonalbakteriumok vannak túlsúlyban, részint igen hosszú hajlott, kacsszerűen visszagörbült fonalakkal, részint igen változatos hosszúságú bacillusalakokkal képviselve, a melyek egyrészt egyenes pálczikák, másrészt hajlott alakok, sok közöttük szemcsésen festődik. Ezek mellett aránylag jóval kisebb számban finom spirochaeta és kevés rövid fusiformis található, valamint coccuslánc és csoport. A fonalbakteriumok és bacillus alakjai Gram szerint erősebben, a fusiformisok gyengébben festődnek. Az anilinvizes gentiana-ibolyaoldatot a fedőlemezen erősen forralva, a spirochaetákat is elég jól fel lehet tüntetni. A geny folyékony részében igen nagy mennyiségben vannak spirochaeták, valamint fonalbakteriumok és coccusok; fusiformisok gyérebben. A bonczolás után vett genyben ugyanezen bakteriumok voltak.

10. Ts. 1080 gm. Oltás a czombizomzatba a 3. sz. nyúl tályogjából. Hat nap múlva az oltás helyén elmosódott határú duzzanat, a mely napról napra kifejezettebb lesz, nagy tályoggá alakul át, a mely a 13. napon — mielőtt megnyitásra került volna a sor — magától feltört. A tályogüregből kinyomható geny szürkés-fehér, nyúlós, büzös. A fedőlemezkészítményben sok szép spirochaeta, kevés fusiformis és fonalbakterium, kevés coccus. A tályog feltörése után 4 nappal az állat elpusztul. Súlyvesztés 480 gm. *Bonczoláskor* a jobb czomb izomzatában egymással közlekedő 2—3 dió-mogyoró nagyságú üreg van s azonfelül a külső felületen az izomzatban számos köles-borsónyi genyecsomó, a melyeknek tartalma piszkosszürke, felette büzös, nyúlós geny. A nagyobb üregek fala kissé ezafatos, a kisebbeké fakószürke elhalt réteggel borított. A tályogokból az izompamatok között egész a lágyékhajlatig genyes menetek haladnak. A geny górcsói lelete ugyanaz, mint az előző vizsgálatnál.

11. Ts. 1220 gm. Oltás a 3. sz. nyúl czombtályogjából a czombizomzatba. Az oltás utáni napokban a jobb czombon mérsékelt duzzadás érezhető, a mely 8—9 napig fennáll, azután eltűnik s az oltás helyén semmi reactio nem található. Az állat jól van, testsúlya igen csekély határok közt ingadozik. 34 nap múlva lassú, de állandó soványodás kíséretében az izomzat mélyében kemény gőb jelentkezik, körülötte mérsékelt diffúz duzzanattal. Ez a lelet nem változik heteken keresztül, az állat azonban állandóan fogy. 54 nap múlva a gőb mogyorónyi, tömött. A 64. napon a nyúl elpusztul és súlyvesztése 590 gm.-ot tesz ki. *Bonczoláskor* kifejezett marasmus. A czomb alsó és felső izompamatja közt mélyen benn mogyorónyi körülírt tályog van, alig büzös, besűrűsödött genyvel, a mely mérszemeseket is tartalmaz. *Górcsói vizsgálatnál* kevés fonalbakterium, több spirochaeta, igen kevés fusiformis bacillus található.

12. Ts. 1150 gm. Oltás a jobb czomb izomzatába a 3. sz. nyúl tályogjából. Az állat soványodik. Kilenczedik napon a jobb czombon kis alma nagyságú feszes duzzanat, a lábszár megvastagodott, oedemás. A 12. napon a tályog áttör, s a belőle kifolyó geny fehéres, sűrű, nyúlós és büzös. A genyben sok spirochaeta és fonalbakterium, kevés fusiformis és coccusok. Nyolcz nap múlva ez a tályogür jelentékenyen megkisebbedik, genyet alig ürít, azonban új tályogok jelentkeznek a czomb alsó részén. Közben ezek is áttörnek, majd kúszó jelleggel a térd felé haladva, borsó-mogyoró nagyságú tályogocskák jelentkeznek s ez által az egész folyamat teljesen egyezik azzal, a melyet a 3. sz. nyúlnál észleltünk. Az oltás után 56 nap múlva exitus. Súlyvesztés 560 gm. *Bonczoláskor:* belső vizsgálatnál semmi eltérés; a czombon és térdtáján számos bab-mogyoró nagyságú tályog látható, a melyekből sűrű, büzös, fehéres geny ürül. A górcsói lelet azonos a korábbival.

13. Ts. 1300 gm. Oltás a 9. nyúl tályogjából elkülönített szemcsékkel a czombizomzatba. Az oltás helyén igen lassan, szinte észrevétlenül fejlődik 26 nap alatt egy diónyi duzzanat, miközben az állat jól van, hizik. 48 nap múlva kezd a képződő tályog puhulni s ettől kezdve a nyúl is lassan bár, de állandóan soványodik. 78. napon tályognyitás, a mely alkalommal sűrű, fehér, alig büzös geny ürül, a melyben kevés, rosszul festődő bakterium van, még pedig halvány spirochaeták, kevés fusiformis és fonalbakterium valamint coccusok. A következő hetekben a megnyitott tályog lassanként tisztul, begyógyul, majd a 109. napon újra diónyi tályog mutatkozik ugyanazon helyen és néhány borsónyi ennek a szomszédságában; a 118. napon exitus. Súlyvesztés 500 gm. *Bonczoláskor* erős lesoványodás, a belső szerveken kifejezett sorvadás. Az oltás helyén diónyi, e mellett 2 borsónyi, a czomb alsó részén pedig diónál nagyobb tályog található, mindannyi sűrű, alig büzös genyet tartalmaz. *Górcsói lelet* ugyanolyan mint előbb.

14. Ts. 1260 gm. Oltás a 9. sz. nyúl tályogjából a geny folyékony részével a jobb czomb izomzatába. 10 nap múlva borsónyi homályos duzzanat érezhető. Az állat állandóan fogy. 26 nap múlva nagy mogyorónyi tályog található, körülveve diffúz duzzanattal, a mely lassanként mind kevésbé kifejezett lesz, a tályog azonban jobban előtérbe lép, úgy, hogy lassan ugyan, de jókora nagy feszes tályoggá növekedik, a melyet a 70. napon megnyitunk. Ez alkalommal 25—30 cm<sup>3</sup> igen sűrű, kissé nyúlós és erősen büzös fehér geny ürül, a melyben mákszemnyi szemcsék elég nagy számmal vannak. A szemcsék csaknem teljesen elmeszesedtek, a méz kioldása után bakteriumtömegeknek bizonyulnak. *Fedőlemezkészítményben* a geny sok halványan festődő, finom spirochaetát tartalmaz, továbbá kevés fusiformist, a melyek legnagyobb részét duzzadtak, vaskosak vagy hosszabbak, szemcsések. Fonalbakterium és bacillusalakok elég nagy számban, egyenletesen jól festődnek. Coccusok minden készítményben nagy mennyiségben. Megnyitás után a tályog nem gyógyul be teljesen, állandóan sűrű genyet ürít. A 120. napon galambtojás nagyságú új tályog keletkezik a czomb alsó részén, a mely magától feltör. Az állat folyton soványodik, és az oltás után 4 hó és 20 nap múlva 500 gm. súlyvesztéssel elpusztul. *Bonczoláskor* az előbbi és később fejlődött tályogoknak megfelelőleg már csak lapos üreg található, sűrű nyúlós genyvel fedett falakkal. A genyben a spirochaeták, fusiformisok erősen megfogytak, ellenben fonalbakteriumok, bacillusok és coccusok még mindig elég nagy mennyiségben vannak.

15. Ts. 1050 gm. Oltás a jobb czomb izomzatába a 9. sz. nyúl tályogjából. 11 nap múlva diónyi duzzanat, a mely napról napra lassan növekedik és puhább lesz. Az állat soványodik. A 19. napon tályognyitás, a mely alkalommal igen büzös, nyúlós szürkésfehér geny ürül sok szemcsével. Bakteriumtartalma: szép fonalak, bacillusok, elég sok spirochaeta, kevés fusiformis és coccus. A fonalak és bacillusalakok, valamint a fusiformisok között sok a szemcsés, degenerált. A tályog nem gyógyult be, sőt mellette a czombon apránként több hasonló kisebb tályog támadt, míg az állat az oltás utáni 55. napon elhull 400 gm. súlyvesztéssel. *Bonczoláskor* a jobb czombban egy mogyorónyi és egy galambtojásnyi tályogon kívül még számos apró kölesnyi tályog van a bőr alatti kötőszövetben is, a melyek egymással és a nagy tályogokkal genyes menetek útján összeköttetésben vannak. A czomb külső oldalán a térd mellett kölesnyi genyecsomókból összetett mogyorónyi tályogcsoport. Az izomnyalábok között sűrű nyúlós genyet tartalmazó menetek. A bonczolási kép teljesen a 3. sz. nyúléhoz hasonló. Belső vizsgálatkor semmi eltérés, eltekintve a mérsékelt sorvadástól. A fedőlemezekben ugyanazon bakteriologiai lelet, mint előbb.

16. Ts. 1300 gm. Oltás a 10. számú nyúl tályogjából a czomb izomzatába. Az 5. napon az egész czomb diffúz duzzadt és nyomásnál sajátságos sercegés érezhető. A 9. napon az állat elhull, súlyvesztése 330 gm. *Bonczoláskor* az egész jobb czomb bőr alatti kötőszöve erősen büzös és piszkos barnásszürke hig eves folyadékkal telt phlegmonet mutat, a mely az egyes izomnyalábok közé is betérjed, s egymással közlekedő meneteket vagy nagyobb üregeket alkot. Ezeknek fala fakószürke, büzös üszkös lepedékkel fedett. Belső vizsgálatnál nincs eltérés. *Górcsói vizsgálatnál* az eves hig folyadékban feltűnően sok a coccus, aránylag kevés a



bacillus fusiformis. Fonalbakteriumok, bacillusalakok, köztük S, V alakok, valamint spirochaeták nagy számban találhatók.

17. Ts. 1320 gm. Oltás mint a 16. sz. nyúlnál. Öt nap múlva már diffúz duzzanat érezhető. 21 nap alatt tyúktójsányi puha tályog keletkezik, a melynek megnyitásakor igen bőven ömlik elő kissé nyúlós, higabb, szürkésfehér, *penetrans bűzű* geny. Másnapra az állat elpusztul, súlyvesztése 350 gm. A bőr alatt az izomkötegek közé is beterjedő, azokat mintegy kipraeparáló üregek, melyeknek fala fakó piszkosszürke, üszkösödő lepedéssel fedett. A genyben igen sok finom spirochaeta, fonalbakterium, bacillus és coccus van, valamint kisebb számmal fusiformis.

18. Ts. 1370 gm. Oltás a jobb czomb izomzatába a 12. sz. nyúl tályogjából. Kilencz nap múlva nagy mogorónyi tályog érezhető, a mely 13 nap múlva diónyi. Megnyitáskor rendkívül bűzös, tejfelszerű, nyúlós geny ürül, telve szemcsékkel. A megnyitott tályogúr falában a következő napokban *üszkösödés* támad, a mely mind kifejezettebb lesz, s az üszkös folyamat áttérjed a környező szövetekre is. Az állat erősen fog s a 23. napon elpusztul. Súlyvesztése 420 gm. *Bonczolásnál* a jobb czomb belső felületén csaknem ökönyi üreg, mely *penetrans bűzű*, piszkos barnászöld, üszkös cszafatokkal bélelt. Az üreg alsó zuga több cm.-rel a térd alá betérjed, felfelé pedig a jobb inguinális hajlat mentén szinte a has közepéig ér. A mély izmok épek. Belső vizsgálatnál a vesékben és tüdőkben köles-borsónyi metastatikus tályogok vannak; a mellhártyalemezek fénytelenek, belőveltek, rostonyaréteggel fedettek. A sternum mögött babnyi, sűrű sárgás genyvel telt tályog. Ugy ez áttéti tályogokban, mint a mellüri izzadmányban tisztán csak streptococcusok találtak, ugyancsak eredtek meg szintenyészetben a legkülönbébb táptalajokon is. Az üszkös czombtályog genyében azonban a coccusokon kívül igen sok finom spirochaeta, fonalbakterium, bacillus található, elég sok fusiformis, a melyek általában kisebbek, finomabbak, hegyesek.

19. Ts. 1250 gm. Oltás mint a 18. sz. nyúlnál. Kilencz nap múlva mérsékelt duzzanat, 17. napon mogorónyi tömött csomó. A 18. napon műtét. Ugyanis mélyen bent az izompamatok között fekvő mogorónyi tályogot a mennyire lehetett mindenestől kivágtuk. A genyben gyönyörű spirochaeták, fonalbakteriumok igen nagy számban találhatók, továbbá fusiformisok, bacillusok és coccusok. Három nappal a műtét után a láb a legkisebb érintésre is igen érzékeny, alig lehet vizsgálni, a czomb pedig diffúz erősen duzzadt, kissé vizenyős. Ötödik napon, tehát az oltás után 23 napra a nyúl elpusztul. Súlyvesztése 230 gm. *Bonczolás:* bőrvarrat ép, sebszélek jól tartanak, áttörés nincs. A bőralatti kötőszövet nagy terjedelemben fellazult és rendkívül bűzös vérzéses eves genyvel átvívódott. Az inguinális hajlatnál áttérjed a folyamat a hasfal kötőszövetére is s pár ujjnyi sáv alakjában húzódik a mellkas alsó részére, innen áttérjed a bal oldalra, a hol körülbelül gyermektenyérynnyi phlegmonés beszűrődést okoz inkább genyes jelleggel, a környezetben mindenütt erős lobos vizenyővel. A tályog kímetszési helyén nagy mogorónyi üreg keletkezett a mély izomvarratok szétválása miatt; az üreg tartalma valóságos gangraenabűzű piszkosbarnás híg bennék. A fasciák és izomzat lecsupaszítottak, illetőleg piszkos szürkésbarna vagy zöldes üszkös mállékony cszafatokat képeznek. Belső vizsgálatnál semmi eltérés. Bakteriologiai lelet ugyanaz, mint első ízben, de a coccusok jóval tömegesebben találhatók.

20. Ts. 1250 gm. Oltás a jobb czomb izomzatába a 15. sz. nyúl tályogjából. 4 nap múlva a czombon diffúz duzzanat; 6. napon exitus. Állandóan magas, 40·8—41·1° C.-ig emelkedő lázak. 150 gm. súlyvesztés. *Bonczolás:* a czomb erősen duzzadt, különösen alsó része, a bőralatti kötőszövet vizenyős, az alsó izompamat koronányi területen vérzéses. Az egyes izompamatok között az inguinális hajlat felé terjedő rekeszes nagy üregek vannak, melyeknek tartalma *penetrans bűzű*, híg, kissé nyúlós, szürkésbarna eves geny. A mélyebb izmok közötti üregben hidszerűleg kifeszített, piszkos barnászöld, üszkös széteső cszafatok vannak, az üregek fala is piszkoszöldes színű elhalást mutat. Belső vizsgálatnál a hashártyán nagy számmal láthatók vérzések, sőt a pszoasizomban magában is vérzések találhatók. A belső szervek épek. Az eves genyben sok spirochaeta, fusiformis, fonalbakteriumok bacillusalakokkal és coccusok találhatók.

21. Ts. 1400 gm. Oltás mint a 20. sz. nyúlnál. 7 nap

múlva a bőr alatt mogorónyi, 12 nap múlva diónyi duzzanat. A 13. napon tályognyitás, a midőn vagy 20 cm<sup>3</sup> igen bűzös sűrű szürkésfehér geny ürül, a melyben néhány szemese is látható. Górcső vizsgálatnál sok spirochaeta, kevés fusiformis és fonal, valamint bacillusok és coccusok. A 30. napon exitus. Súlyvesztés 520 gm. *Bonczolás*kor a bőr alatti kötőszövetben forint nagyságú lapos üreg, az izompamatok között pedig többrekeszű tályog van sűrű nyúlós bűzös genyvel telve, a melyben kevés számú szemese is van. A mély tályogok egészen a csontjáráig betérjednek, de a csontot nem csupaszítják le. A térd felett közvetlenül egy babnyi, dudoros, sűrű genyet tartalmazó tályog látható. A genyben sok spirochaeta, fonal, aránylag finom fusiformisok és igen kevés coccus.

22. Ts. 1440 gm. Oltás a jobb czomb izomzatába a 21. sz. nyúl tályogjából. 6 nap múlva már almanagyságú duzzanat. Ekkor steril Pravaz-fecskendővel — a tályogúr megnyitása nélkül — vettünk genyet, a mely a már megszokott bakteriologiai leletet adta. 10 nap múlva az állat elhull, súlyvesztése 190 gm. *Bonczolás:* az izompamatok lecsupaszítottak, ki vannak praeparálva, köztük eves, igen bűzös, piszkosbarna genyvel telt tasakok, a melyekben hidszerűleg kifeszített üszkös fascia- és inczafatok láthatók. A folyamat leterjed a boka tájáig, a környezetben mindenütt erős lobos vizenyővel. Górcső alatt sok spirochaeta, fonalbakterium, kevesebb fusiformis és coccus.

23. Ts. 780 gm. Oltás mint a 22. sz. A 7. napon mogorónyi duzzanat, 12 nap múlva exitus. Súlyvesztés 110 gm. *Bonczolás:* sűrű bűzös genyet tartalmazó bőralatti tályog és a melyben mogorónyi üreg, a melyből szintén bűzös sűrű geny ürül sok szemcsével. Az izmok mintegy kipraeparáltak, köztük néhol üszkös falú tasakok is vannak, a folyamat leterjed a térd alá. Górcső alatt sok spirochaeta, fonalbakterium, bacillus, sok coccus, aránylag kevesebb fusiformis látható.

24. Ts. 1110 gm. Oltás a bal czomb izomzatába a 23. sz. nyúl tályogjából. 5 nap múlva az állat elpusztul. Súlyvesztése 160 gm. *Bonczolás*kor erős vizenyő a hasfal bal oldalán. A czomb bőralatti kötőszöve vizenyősen duzzadt, a felső izomrétegek szennyes barnászöld színnel tetszenek át. E helyen bemetszve, igen bűzös, valóságos gangraenaszagú piszkos barnás híg lé ürül, s egy üregbe juthatni, a melynek fala is üszkös cszafatos szövetrel fedett, de az üregbe is fakó piszkosszürke vagy barnásfeketés üszkös izom- és inczafatok nyúlnak be. A híg eves folyadék rengeteg mennyiségű bakteriumot tartalmaz és pedig különösen sok bacillusalakot, spirochaetát, coccusokat, aránylag kevesebb hosszú fonalat és fusiformist.

25. Ts. 1030 gm. Oltás mint a 24. sz. nyúlnál. 4 nap alatt pusztul el az állat, súlyvesztése 130 gm. A *bonczolás* lelete szóról szóra egyezik a 24. sz. nyúléval, úgy hogy részletesebb leírása felesleges. A bakteriologiai lelet annyiban mutat különbséget, hogy ennél a nyúlnál aránylag több fusiformist lehetett látni, de hosszabb fonalak itt is gyéren találhatók, spirochaeták és bacillusalakok pedig igen tömegesen voltak jelen.

A most részletezett állatoltások közül nem tartjuk szükségesnek bővebben foglalkozni azokkal, a melyeknél az oltás a hasübbe vagy a kemény burok alá történt (1., 2., 5., 6. sz. nyúl). Ezeknél a fertőzés eredménye nemcsak meglehetősen bizonytalan volt, de az elváltozások sem olyanok, a melyek kellőképpen értékesíthetők volnának. Elégnek látszik egyszerűen annak a ténynek a megállapítása, hogy ezek közül a nyulak közül is azoknál, a melyeknél a fertőzés következtében mégis fejlődött valamely elváltozás — meningitis illetőleg peritonitis —, az izzadmányban határozottan megsaporodott mennyiségben találtuk a bakteriumokat. Sokkal értékesebbek e kísérletsorozatból a czomb bőre alá vagy izomzatába történt fertőzések.

Ha áttekinjük ez utóbbi eseteket, a fertőzés lefolyása, végeredménye tekintetében háromféle típust állapíthatunk meg.

Az állatok egy részénél *tályogképződés* volt a jellemző elváltozás. És pedig igen kevés számú állatnál egyetlen tályog, a legtöbbször azonban *többszörös tályogok* fejlődtek s egyszersmind az egész folyamatnak kifejezetten *tovaterjedő*, kúszó jellege volt, néha lassan előrehaladó phlegmoneszerű tünetekkel. Ez a kórkép illetőleg elváltozás állandó volt a nyulaknak igen különböző időben történt elpusztulásáig. A tályogok tartalma mindig sűrű, fehér,



res és felette bűzös, bélsárszagú geny volt; a geny rendszerint szemcséket is tartalmazott. Néhány nyúlán igen kicsiny tályogok nagyon hosszú ideig voltak, míg végre ezek az állatok is 64—121—140 nap múlva elpusztultak (11., 12., 14. sz. nyúl). Ilyeneknél az igen besűrűsödött, szinte törmelékes genyben szemcsék nem hiányoztak ugyan, de kifejezett elmeszesedést mutattak, a benne levő bakteriumok elfajulásával.

A beoltott állatok másik csoportjánál az előbbiekéhez hasonló tályogok megnyitása után rövidebb-hosszabb idő múlva, de rendszeren néhány nap alatt a tályogfalból kiinduló s igen változatos kiterjedésű üszkös gyulladás támadt, a lágyrészek különböző fokú szétesésével, kifejezetten progressiv jelleggel, a mely feltűnően emlékeztet az embernél is észlelhető gangraena humida képére. Ilyen esetekben az állatok sokkal gyorsabban mentek tönkre, rövidebb idő alatt pusztultak el, és pedig a legtöbb 20—23 nap alatt (pl. a 9., 17., 18., 19. sz. nyúl). Ezen esetekben, míg kezdetben a geny az előző csoportéhoz hasonlóan meglehetősen sűrű volt és szemcséket is tartalmazott, az üszkös gyulladás keletkezésével, illetve fokozódásával a geny is felhígult, piszkosbarnás vagy szürkésbarna lett, bűze fokozódott, s a szemcséképződés is kimaradt, a nélkül, hogy a bakteriumlelet lényegében változott volna.

A harmadik csoportja az oltásoknak feltűnően gyors lefolyású és boncztanilag igen súlyos elváltozásokkal járó fertőzéseket okozott. Az állatok néhány (5—6) nap alatt hullottak el. Körülírtabb folyamat, voltaképeni tályog nem is keletkezett, hanem a folyamat úgyszólván mindjárt üszkös, eves phlegmone képében jelentkezett s progressiv természetét bizonyítja az, hogy némely esetben a czombról a hasfalra is messzire áttért. Az izmok, az inak, a bőnyék részéről nem mutatkozott ugyan kivétel nélkül minden esetben a gangraenánál rendszerint megtalálható czafatos üszkös szétesés, de a laza kötőszövet a bőr alatt és az izomnyalábok közt teljesen elpusztult, úgy hogy az izompamatok lecsupaszítva, mintegy kipraeparálva, szabadon feküdtek s felületüket piszkos lepedék fedte, erősen felhígult, zöldesszürke, vagy barnás eves folyadékra emlékeztető váladékkal. Hogy ezeknél a második típusúhoz hasonló valódi üszkös folyamat nem okozott a lágyrészekben súlyosabb, mélyreható roncsolásokat, málékony czafatos széteséseket, csak annak a körülménynek tulajdoníthatjuk, hogy nem volt erre elég idő, mert az állatok — nyilván toxikus anyagok nagymennyiségű felszívódása miatt — olyan rohamosan pusztultak el, hogy nagyobb fokú elváltozások nem is keletkezhettek. A gyors phlegmone magyarázatára pedig valószínűnek kell tartanunk, hogy a coccusok intenzívebb felszaporodása és fokozódott virulenciája ilyen esetekben a többi bakteriumhoz képest erősebb hatást fejtettek ki.

A míg a legtöbb esetben ez a három típus meglehetősen kifejezett s egymástól elég jól különböző képet adott, addig némely állatnál mintegy átmeneti változásokat is találtunk. Nevezetesen a végtagnak egy részében még határozott genyedés volt, másik részében pedig már megindult az üszkös gyulladás. Továbbá olyan eset is fordult elő, a mely tisztán sem az egyikhez, sem a másikhoz nem sorolható, mert sajátos hígabb, szürkés, nyúlós, takonyoszerű geny képződése, s az izmok lecsupaszított, mintegy kipraeparált volta mellett az üregek falát inkább fakószürke, nekrotikus lepedék fedte, az előbbiekével egyező bakteriologiai lelettel.

A fenti állatkísérletekből származó fedőlemezkészítmények bakteriologiai leletéről általában nem sok a mondani valónk. Akár a tisztán genyes, akár a gangraenás tályogokból vett készítményeket nézzük, mindig ugyanazon mikroorganizmusokat találjuk.

Mindegyik esetben kivétel nélkül nagy mennyiségben találhatók *spirochaeták*, a melyek változó számú, 6—9—10, néha több csavarulatot mutatnak. Legnagyobb részük rendkívül finom, hegyes. Hígított carbolos fuchsinnal halványan festődnek. Némelyek hosszabbak, vastagabbak, csavarulataik nem oly finomak, de nem is olyan egyenletesek s jóval erősebben festődnek. A Gram-féle festésnek azzal a módosításával, a melyről az állatkísérletek közben említést tettünk, hogy t. i. a festésnél az anilinvizes gentianaibolya-oldatot többször erősen felforraljuk, ezekben a készítményekben is aránylag jól megfestett spirochaetákat lehet kapni. A spirochaeták néha kicsiny csomókba verődve gombolyagot alkotnak.

Hasonlóképen nagy mennyiségben fordulnak azután elő az izzadmányban a fonalbakteriumok és bacillusalakok. Ezekre vonatkozólag megint különösen azok a nyúloltások érdekelhetnek közelebből, a melyeknél a genyben szemcséket találtunk. Ugyanis ezek a szemcsék az emberi esetből származókkal teljesen azonos bakteriologiai leletet adnak. Kis nagyítással szintén emlékeztetnek némileg sugárgombatelepekre; erősebb nagyításnál és festett készítményekben pedig tisztán fonalbakteriumok és bacillusok tömegéből állanak. Lényegükben teljesen megegyeznek egymással az emberi és állati genyből származó szemcsék. Van azonban mégis egy nagy különbség a kettő között, a mi nem magának a tulajdonképeni szemcsének a szerkezetére, hanem inkább közvetlen környezetére vonatkozik. És pedig az, hogy míg az emberi anyagban egyes szemcsék conglomeratuma között, vagy széli részében nagy tömegben fekszenek a fusiformis bacillusok is, addig a nyúloltályogok genyében a fusiformisoknak olyan összefüggő tömegét, vagy épen a szemcsékhez olyan nagy mennyiségben való tapadását nem találjuk. Ez a lelet azonban semmiképen nem gátolhat annak a kijelentésében, hogy a kérdéses fonalak szemcsékben, helyesebben összefüggő bakteriumtelepekben jelentkező sajátosságukat az állatkísérletek folyamán is megtartották, de állandóan csak azon esetekben, midőn a folyamat tisztán genyes jellegű volt, illetőleg egyszerűen tályogképződést eredményezett. Ellenben, ha üszkös gyulladásba ment át a betegség, vagy épen üszkös eves phlegmone képében folyt le, bár szintén igen nagy mennyiségben voltak jelen fonalak és bacillusalakok, összeálló tömegeket, szemcséket nem alkottak. Jellemzésükre ugyanazokat hozhatnók fel, a miket az emberi esetről már elmondottunk. T. i. hogy igen változatos hosszúságúak, néha szabálytalan tört vonalszerűek, hullámos lefutással, máskor kacszzerű visszagörbüléssel, vagy S alakúak, tompa V vagy repülő madárhoz hasonlóak, vagy kommaszerűen hajlottak. Itt is nagy számmal lehetett találni ezeknél jóval rövidebb bacillusalakokat, a melyek néha lánczokat alkottak, másutt kisebb csomókat, vagy élesen levágott, vagy kissé legömbölyített végekkel. Festődésük, különösen a frisebb tályogokból származóké, egészen egyenletes, intenzív; régebbi tályogokban pedig nagy számban láthatók kissé duzzadt és erősen szemcsés fonalak meg bacillusok. A Gram-féle festéssel szemben való viselkedésük nagyon különböző. Míg némelyek Gram szerint egyenletesen sötétkékre festődnek, mások többé-kevésbé halványak, sőt szinte teljesen elszíntelenednek, a nélkül, hogy ez utóbbiakról jogunk lenne pusztán e miatt felvenni, hogy teljesen másféle bakteriumok volnának. Ugyanezt különben az emberi anyagból származó készítményekben is, nemcsak fedőlemezekben, de metszetekben is alkalmunk volt tapasztalni. Kifejezett valódi elágazódást a fonalakon nem lehetett kimutatni.

Fusiformis bacillusok az előbbiekhez képest valamivel kevesebb számban láthatók a tályogok genyében, valamint olyan nagy tömegekben épen nincsenek mint az emberi anyagban, de azért szétszórtan minden készítményben elég sokat lehet találni. Általában valamivel rövidebbek, finomabbak, mint az emberből származók; nagyobb csomókat, hosszú lánczokat szintén nem sikerült ugyan kimutatni, de rövidebb, néhány tagból álló lánczok azért a nyúloltályogok izzadmányában is számos esetben előfordultak. Igen változatos átalakulásokat mutatnak különösen régebbi tályogok tartalmában. Részint eredeti nagyságukat kétszeresen is meghaladó merev bacillusokon kívül vannak olyanok, a melyek közel rendes hosszúságúak, de közepük egészen gömbszerűen felfúvódott, két végük pedig hirtelen elhegyesedett. Festődésük is igen egyenetlen, egyeseknek közepe, másoknak két vége festődik erősen, a közbeső részletek pedig halványak. Gram szerint a finomabb alakok halványan festődnek, olykor el is színtelenednek, ellenben a hosszabbak, vaskosabbak, különösen a közepükön felfúvódottak, tehát épen az involutiós alakok, erősen megfestődnek. Épen nem lehet tehát mondani, hogy a Gram-festést illetőleg valamely határozott állandó tulajdonságot mutatnak s e tekintetben szinte olyan viselkedésűek, mint a fonalbakteriumok.

A spirochaeta és bacillus fusiformis kórokozó hatásának tanulmányozása céljából számos szerző végzett állatkísérleteket, de csak kevés azoknak a száma, a kiknek sikerült több-kevesebb eredményt elérni. Nagyobb számú kísérletről Niclot és Marotte számol be, a kiknek 21 sikeres állatoltása közül 19-nél a bőr alá,



illetve a czomb izomzatába történt fertőzés okozott átlagosan 8 nap alatt tályogot. A tályog tartalma kenőcsürűségű bűzös geny volt; fala egyenetlen, kemény, bemetszésnél harsogó, piszkosszürke színű (sankerszerű). 10—12 nappal a tályog bemetszése után gyógyulás állott be, néha recidiva is jelentkezett. A tályogok tartalmában különböző coccusokon kívül fusiformisokat és spirochaetákat lehetett kimutatni. *Silberschmiedt* már említett esetének czombtályogjából patkányt és tengerimalaczkokat oltott bőr alá és az izomzatba, az eredmény tályogképződés volt. Kiemeli, hogy az oltási anyagban levő mikrobákat 4 tengerimalaczpassegeon keresztül a genyben is kimutathatta, tehát sikerült a továbbtenyésztésük az állati testben is. Virulenciafokozódást nem észlelt, mert egy állat sem pusztult el, habár néhányszor jelentékeny nagyságú tályogok keletkeztek. E kísérleteken kívül emberi anyaggal végzett több-kevesebb eredménnyel járó állatkísérletekről tesz még említést *Vincent*, a ki egy gümőkóros nyúlánál bőr alá oltás után fekélyképződést látott diphtheroid lepedékkel, az elhalt szövetben nagymennyiségű fusiformissal; *Raoult* és *Thiry* tonsillalepedék beoltása után keletkezett tályogban kevés fusiformis bacillust kapott, míg *Verneuil* és *Clado* nyállal történt fertőzésnél spirochaetákat tartalmazó tályogot észlelt, továbbá *Graupner* bőr alá oltás után fejlődött tályogban fusiformisokat mutatott ki. Végül *Eichmeyer* számos sikertelen próba után két tengerimalacznál foghúsfekély genyével és egy tengerimalacznál a pofa nyálkahártyáján levő genyes-nekrotikus lepedékkel bőr alá oltás után bűzös genyet tartalmazó tályogokat észlelt, a melyekben részint fusiformis bacillusok, részint spirochaeták voltak nagyobb számban. A tenyészetekkel végzett állatkísérletekről majd később a megfelelő fejezetben lesz alkalmunk megemlékezni.

E rövid irodalmi áttekintés után visszatérve saját kísérleteinkre, ki kell emelnünk, hogy ezek az imént ismertetett esetekhez viszonyítva több tekintetben eredményesebbek. A mi kísérleteink ugyanis — kivéve a hasürbe oltott 1. és 5., valamint a bőr alá oltott 8. sz. nyulat — mind pozitív eredménnyel jártak. A bakteriumok fenntartása, továbbvitele egy sorozatban 3 állatpassegeon, más sorozatban 6 állatpassegeon keresztül minden fennakadás nélkül sikerült, sőt a később oltott állatoknál sokkal biztosabban, kifejezettebben, mint talán az első ízben oltottak némelyikénél. Úgy hogy teljes joggal mondhatjuk, ha még tovább akartuk volna folytatni az állatról állatra való oltást, egész biztosan számíthattunk volna továbbra is a sikerre. Lényeges különbség továbbá az is, hogy állataink közül egy sem maradt életben, még azok is mind elpusztultak, a melyeknél a genyedés nem vett nagy kiterjedést, a tályogképződés inkább körülírt maradt; a tályogok teljes begyógyulását — akár spontan áttörés, akár incisio után — ellenére a lehető gondos sebészi kezelésnek egy esetben sem észleltük. Sőt kivéve a 7., 13., 14. sz. nyulakat, körülírt tályogképződésükkel, a folyamat határozottan *progressiv jellegű* volt részint multiplex tályogok, részint kúszó phlegmone, részint tovaterjedő gangraena fejlődésével.

Néhány feltűnő körülményről kell még megemlékeznünk, a mely kísérleteinket a szereplő bakteriumok *pathogen hatása* szempontjából teszi értékké, s a melyet a következőkben vázolhatunk. Az egyidőben és ugyanazon anyaggal oltott nyulak közül az egyiknél csak tályogok képződtek egyes vagy többes számban, a másiknál pedig gyors lefolyású üszkös folyamat támadt, és pedig akár a tályog sűrű genyével, akár gangraenás váladékkal történt a fertőzés. A másik érdekes észlelet az, hogy míg kezdetben csak genyedés jelentkezett, illetve egyszerű tályogképződés, némelyik nyúlánál a tályog felnyitása vagy spontan áttörése után sem változott a betegség ezen természete (t. i. a genyedés tovább is ugyanezen jelleggel maradt fenn, vagy legfeljebb multiplex tályogok képződéséhez vezetett), addig ugyanezen oltási sorozat más nyúlánál a tályognyitás után a folyamat kifejezetten üszkös gyuladással ment át. Hogy e más-más jellegű és különböző intenzitású elváltozásoknak mi lehet a magyarázata, biztosan eldönteni nem tudjuk. Többféle körülményt kell itt számításba vennünk, a melyek közül talán legfontosabb első sorban a virulencia kérdése, illetve a bakteriumok *virulenciájának különbözősége*. A kísérletek kezdetén a gyengébb virulenciának az állatpassegeok folyamán történt erősödése. Továbbá az állati szervezet *ellenállási képességének csökkenése* és pedig a már fennálló genyes gyuladás által történt

legyengítése. Egyszersmind a szöveteknek a genyedés által való előkészítettsége egyes bakteriumok által végzendő súlyosabb roncsolásokra, illetőleg üszkös szétesésre; tehát lokálisan a szövetek „életerejének” nagy mértékben való leszállítása. Végül tekintettel arra, hogy sokszor csak a tályog megnyitása után mutatkozott üszkös szétesés, gondolnunk kell arra is, hogy a tályognyitás után a külső levegő hatása folytán megerősödött, esetleg megsaporodott aërob bakteriumok, első sorban coccusok, azután fonalbakteriumok, bacillusok hatása okozta a kezdetben talán csak egyszerűen nekrotikus szövetek gangraenás jellegű szétesését. Ezekre a kérdésekre visszatérni és őket esetleg megvilágítani lesz még alkalmunk a szövettani elváltozásoknak, illetve e mikroorganizmusoknak a szövetekben való eloszlásának, azokkal szemben való viselkedésüknek méltatásánál.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Zum Gesundheitsgarten.** Roman von Karl Albert, Bernoulli. Jena und Leipzig, Eugen Diederichs 1906.

Az orvostudományt háttérül felhasználó regények eléggé ritkák. Az előttünk fekvő, megbeszélésre küldött könyv ezek közé tartozik.

A fiatal orvos, Melchior Zwinger, mindinkább kételkedni kezd az orvosi tudomány képességeiben. A tudós orvosok már lemondtak volt az életéről, a természet által szolgáltatott orvosságok pedig megmentették őt. Ezóta nem bír többé kételyeitől szabadulni s a füves asszonyban látja a gyógyító művészet ideálját s nem a tudományában elmélyedő orvosban. Nemsokára activ alakot öltenek gondolatai, a mikor ugyanis a klinikán a sebészprofesszorral szembeszáll s egy cselédeány térdtumorját operatiora meg nem érettnék nyilvánítja. Ezzel azonban pályájától meg is válik, elhagyja a várost, a szülőházat és Schwengel „Naturarzt” sanatoriumában segédorvosi állást vállal. Ez az utóbb nevezett úr csodálatos keveréke a jéhiszemű elfogultságnak és a charlatanériának, a rajongónak és a csalónak. Felesége, Adelheid, hysterikus-somnambulikus rohamokban szenved. Leányuk: Krimhild. Ezzel el is jegyzi magát Zwinger, csak hogy a partie nemsokára széjjelfoszlik, voltaképen nem is igen tudjuk, hogy miért. Közben az apja is öngyilkos lesz. Zwinger visszatér a városba s mint gyakorló orvos telepszik meg benne. Krimhild pedig rövid úton összeszűri a levét gyerekkori játszótársával: Hartmann Alberttel, a ki eleinte orvostanhallgató volt, azután pinczér lett, börtönben is ült egy ideig, s végül a városi orvos jóvoltából megint talpra áll. Stb. stb.

És ennek a könyvnek különböző s elég meglepő hangulataiba beleszól: Paracelsus, a kinek a „Paragranum”-ját — bizonyára Paracelsusnak semmiképen se inyére — elmondhatja a regénybeli alakokkal; sőt beleszól még Erasmus is.

Egy csodálatos világot fest le ez a könyv. A ki meg akarja venni, megkaphatja 6 márkáért, kötve 7-ért Eugen Diederichs-nél Jenában, a ki rendkívül gondosan és izlésesen állította ki.

Gy—y.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

Az orthotikus albuminuriáról szóló cikkében *Korach* élesen megkülönböztetendőnek tartja a fehérjevizelésnek ezt az alakját azon albuminuriáktól, a melyeket többnyire a ciklikus vagy intermittáló albuminuria közös elnevezés alá szoktak foglalni, értve alatta szabálytalan időközökben jelentkező fehérjevizelést, a mely nagyon különböző behatásokra vezethető vissza, sokszor pedig minden kimutatható ok nélkül támad. Ilyen fehérjevizelés mutatkozhatik nyers tojásfehérje evése, hideg fürdő, epilepsiás roham, nagyobb testi megerőltetés után, szülés közben; előfordul azután genuin vesezsugorodás mellett, továbbá a vörhenyes veselob lezajlása után észleljük nagyon sokszor, hogy csak a reggel ürített vizelet tartalmaz még fehérjét. Ezzel szemben az orthotikus albu-



minuria a szerző szerint tipusos kórkép, a mely 5—25 éves egyénekben észlelhető és abban áll, hogy csupán a test fennálló helyzetében jelentkezik fehérje a vizeletben húgyhengerekkel vagy ezek nélkül, a vérkeringési szerveken és a retinán pedig nincsenek veselobra jellegző elváltozások. Ez az orthotikus albuminuria nagyon ritka esetekben bevezetője lehet az idült veselobnak, másrészt subchronikus nephritiseknek átállása után is mutatkozhatik. Többnyire a fanosodás idejében támad, még pedig anaemia illetve chloroanaemia kíséretében. *Reyher* szerint a *Charité* poliklinikai gyermekanyagának 18%-ában volt meg az orthotikus albuminuria és ezeknek az albuminuriás gyermekeknek 40%-a volt gümőkóros; Röntgen-vizsgálattal szívhypertrophia sohasem volt kimutatható, sőt ellenkezőleg akárhányszor rendellenesen kicsinynek találták a szívet. A felszálló rokonságban és a testvérek között sokszor találtak psychopathiás terheltségre utaló jeleket.

A szerző egy esetét ismerteti, a mely 20 éves tanulóra vonatkozik, a ki nyugalmi helyzetben teljesen fehérjementes vizeletet ürít; 5 percnyi járás után már megjelenik a fehérje a vizeletében, s  $1\frac{1}{2}$  órai járás után már 40/00 fehérje mutatható ki benne, *Essbach* szerint meghatározva; kevés fehérje mellett alak-elemek nem találhatók a vizeletében, a fehérjetartalom fokozódásával azonban hyalin, szemcsés és hámhengerek jelennek meg.

Ezzel az esettel kapcsolatban megbeszélés tárgyává teszi a szerző a hengereknek diagnostikai jelentőségét és kimutatni igyekszik, hogy különböző fajta hengerek lehetnek jelen a vizeletben, a nélkül, hogy a vesékben lobos folyamatok volnának.

Annak a feltüntetésére, hogy az orthotikus albuminuria nem hajlamosít veselobra, felemlíti, hogy orthotikus albuminuriát mutató egyénekben vörheny átállásakor nem szokott a rendesenly gyakoribban veselob fejlődni. Nem zárható azonban ki természetesen, hogy a veséknek ez a functionális zavara — mert nyilván ez a lényege az orthotikus albuminuriának — organikus megbetegedésbe is átmehet.

Minthogy a prognózis szempontjából nagy fontosságú az aránylag ártalmatlan orthotikus albuminuria megkülönböztetése a komolyabb jelentőségű veselobtól, a szerző újból hangsúlyozza, hogy az orthotikus albuminuria diagnosisa jogosult, a lobos veselváltozás pedig kizárható, ha a test nyugalmi állapotában fehérjének és alakelemeknek nyoma sincs a vizeletben, és vesemegbetegedésre utaló egyéb tünetek (elváltozások a vérkeringési szervekben, retinitis albuminurica) is hiányoznak. (*Medizinische Klinik*, 1906. 47. szám.)

#### Sebészet.

**Az idegátültetés eredményeiről facialis-bénulásban** ír *Bernhardt*. Tény, hogy ilyen átültetések után az arcizmokban activ mozgások állnak be s az izmok elektromos ingerlékenysége visszatér. Helyreáll többé-kevésbé az arc symmetriája nyugalmi helyzetben, ellenben az arc mimikus mozgásai még évek múlva sem állanak helyre, vagy legalább is az idevonatkozó adatok igen bizonytalanok s nevetésnél, sírásnál stb. asymmetria áll be a két arcfél között. Hátrányosak azok az együttmozgások avagy bénulások, melyek azon ideg területén, hová az átültetés történt, beállanak, és megtörténhetik az, mint *Tillmann* leírja, ki a facialis környéki csontját a hypoglossus centrális csontjával varrta össze, hogy a beteg arcizmok csak akkor mozdultak meg, ha nyelni akart vagy a nyelvét akarta mozgatni. Az idegátültetésre ajánlott accessorius, hypoglossus és glossopharyngeus közül *Bernhardt* a legcélszerűbbnek a hypoglossust tartja, mert így a műtét által okozott bénulás és együttmozgás tünetei a szájbán játszódván le, észrevehetetlenek. A műtét indicatioit fülbajok, fülészeti műtétek és egyéb traumatikus behatások által létrejött facialisbénulások képezték és a tapasztalatok bizonyítják, hogy a hűdött izmok évek múlva is visszanyerhetik tonusukat és mozgásképeességüket. Hogy az úgynevezett rheumatikus facialisbénulásoknál és a centrális eredetűeknél van-e haszna az idegátültetésnek, arra nézve hiányzanak a tapasztalatok. (*Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie*, XVI. k. 3. f.)

*Pólya.*

**Az időleges ureterlektetés következményeit** vizsgálta *Rau-tenberg* nyulakon végzett kísérleteiben. Azt tapasztalta, hogy az ureterlektetés következményeképpen a veseparenchyma fokozódó atrophijája áll be s a pusztuló parenchyma helyét kötőszövet foglalja el. Az atrophiat követőleg a parenchymában regenerációs jelenségek mutatkoznak, és pedig részben a vesehám proliferatioja, részben a pyramis csúcsából a vesemedence hámba felől kiinduló burjánzás folytán új húgycsatornácskák keletkeznek, miközben az előbb újonnan képződött kötőszövet fogy. Ez az újonnan képzett parenchyma azonban nem életképes és végül elpusztul, úgyszintén az eddig intact glomerulusok is; az elpusztulás heges kötőszövetképződéssel jár. Az előrement húgypangás tartama szerint kisebb-nagyobb functionális zavar áll be a vesében, mely mindenekelőtt albuminuriában jelentkezik. Ha az ureterlektetés hosszabb ideig tartott (4—6 hét), a vese teljesen insufficienssé válik, a másik vese kiirtása után az állat néhány nap alatt elpusztul. Ha az ureterlektetés tartama rövidebb volt (3 hét és ez alatti idő), akkor az ép vese kiirtása után egy időre a vese át tudja venni a funkciót, míg a haladó degeneratio folytán teljes insufficiencia áll be, miközben a kísérleti állatokon serosus ömlenyek, szívhypertrophia stb. állottak be. A kísérleti állatok közül azonban 2, melyeknél 3 heti ureterlektetés után az ureter átjárhatósága újra helyre lőn állítva s ezután 3 héttel az ép vese kiirtatott, több mint 1 éve csupán a beteg vesével él; a vese betegségét az albuminuria bizonyítja. (*Mittheil. aus den Grenzgeb.*, XVI. k. 3. f.) *Pólya.*

**A solitaer májtályogokról** ír *Elsberg*. A Mount Sinai Hospitalban észlelt 18 esetről számol be, melyekből 1—1 lövés, cholelithiasis, chronikus colitis, acut osteomyelitis tibiae, acut appendicitis folytán, 2 haemorrhoida, 2 váltóláz, 3 diarrhoea után keletkezett, 6 esetben a baj okára nézve semmiféle támpont nem volt. Solitaer májtályog appendicitis után rendkívül ritka, míg multiplex májtályogot és subphrenikus tályogot az esetek 21/30%-ában lehet észlelni. A műtétet subpleurálisan és transpleurálisan hajtották végre, a 18 beteg közül 5 halt meg (28%). A műtét halandósága az irodalomban 20—50% közt ingadozik, a *Perutz* által összegyűjtött 182 esetről 44 halt meg (22%), de *Kieffer* szerint, ha a műtét elég korán történik, a betegek 90%-a megmenthető. A diagnosisban a fájdalomnak, a láznak, a májmegnagyobbodásnak és a rohamos soványodásnak tulajdonít jelentőséget, de e tünetek egyike-másika hiányozhatik is. (*Annals of surgery*, 1906. 164. füzet.) *Pólya.*

**Szívvarrat érdekes esetét** közli *F. T. Travers*. Egy 19 éves fiú kerítésen átmászás alkalmával annak egyik hegyes léczébe beleesett. Körülbelül egy óráig tartott, a míg a kerítésből ki tudták hozni s a kórházba beszállítani. A szegycsont alsó végén egy 2 hüvelyknyi haránt seb látszott, melyen át a csonton egy vertikális fissura volt észlelhető. Chloroformnarcosisban történő vizsgáltnál a sebben mozgó csontot s alatta a szívet lehetett érezni; a metszést tágitva kitűnt, hogy a sternumon multiplex törés van s a pericardiumon  $2\frac{1}{2}$  hüvelyknyi rés; a pericardium tele van vérrel. A szívbe egy kis csontszilánk volt ágyazva, ezt kihúzták; most egy nagyobb darab csontot érzett a szívben, ezt pince-szel távolította el. Erre hirtelen ijeszítő sugárban sötét vér ömlött; 3 ujját dugta a szívbe, melyekkel a szív üregébe jutott s a tricuspidalis billentyűt érezte. 3 varrattal nagyjában egyesítette a szív sebet, azután még 10 varratot alkalmazott az izomba s 10-et *Lembert* szerint a pericardiumba. Transfusiók a bőr alá, a vena saphenába; a beteg  $1\frac{1}{2}$  órával a műtét után visszanyerte eszméletét. 11 napig élt, a mikor csekély secundaer haemorrhagia folytán keletkezett pericardiális vérömleny és szívműködés megölte. (*Lancet*, 1906. szeptember 15.) *Pólya dr.*

**Perirenalis hydronephrosis** néven ír le *Minkowski* egy a vese körül elhelyezett, a vese rostos tokját leemelő folyadékgyülemet, melyben a vese úgy úszott, mint a here a hydrocele-folyadékban. A vékonyfalú tömlő endotheliális borítékkal birt s a vesetok hiányát a vesén egy próbára kimetszett darabka szövettani vizsgálata döntötte el. Az általa észlelt daganat klinikai képe teljesen hydronephrosisnak felelt meg, még a próbapunctiós folyadék is vizeletre emlékeztetett, hugyanyt, konyhasót, sulfátokat és carbonátokat tartalmazott; csak az volt feltűnő, hogy az



ureterkatheterismus simán ment, s a jobb vese fehérjetartalmán kívül egyébként normális vizeletet szolgáltatott. A gyógyulás az üreg felhasítása és tamponálása után simán folyt le. Az esetet, melyhez hasonlókat csak *Malherbe* és *Patouraux*, továbbá *Kirmisson* írt le, a szerző leginkább lymphagyülemnek tartja. (Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir., 16. k. 2. f.) *Pólya dr.*

**Pajzsmirigynek a lépbe átültetéséről** közöl kísérleti és klinikai tanulmányt *Payr* tanár (Graz) s a következő conclusiókra jut:

1. A lép sajátos vérkeringési viszonyainál fogva transplantatiora kedvező táplálási viszonyokat nyújt. A circulatio gyorsan helyreáll, az átültetett szövetnek csak kis részlete jut centrális nekroszba, a regeneratio gyorsan megy végbe.

2. Ezen átültetés ellen a lépbe csak a vérzés veszedelme szól, de a kísérletek azt mutatják, hogy az átültetett szövetrészlet mint tampon a vérdús pulpában a vérzést meggátolja. A lép varratait még a csepleszszel fedi.

3. A pajzsmirigy hiányára érzékenyen reagáló állatokat is sikerül 300 napon felül életben tartani minden kiesési tünet nélkül, ha a pajzsmirigyet a lépbe átültetjük, a mi a mellett szól, hogy az átültetett szerv functionálisan is megfelel feladatának.

4. Hat éves súlyos myxoedemás gyermeknél, kinél a pajzsmirigy adagolása 3½ éven át teljesen eredménytelen volt, az anyjából vett nagyobb pajzsmirigyrészletet ültetett át a lépbe. Az eredmény úgy somatikus (jelentékeny növekedés), mint intellectualisan kielégítő volt. Indikált ezen eljárás athyreosis veszületett és szerzett alakjainál, valamint hiányos pajzsmirigyműködés esetén.

5. A belső secretioval bíró szervek alkalmasabbak transplantatiora, mint a külső elválasztással bírók; az előbbieknél talán nagyobb vitális energiájuk van az önállóságra. (Archiv für klin. Chirurgie, 1906. 80. kötet, 3. füzet.)

*Steiner Pál dr.*

**A hasúri actinomycosis gyakoriságáról és operatív prognózisáról** értekezik *Friedrich*, greifswaldi tanár. A greifswaldi klinikán három év alatt végzett 600 laparotomiából, melyek közül 200 appendicitis miatt történt, hat illetve nyolc actinomycosis-esetre vonatkozik, a melyek mind appendicitis képét mutatták s így az appendicitis esetek 3, illetve 4%-át az actinomyces-gomba idézte elő. Négy esetben perityphilitis typusos képében jelentkezett a bántalom. Az actinomyces-gombát két eset kivételével a többiben ki lehetett mutatni; a nyolc eset közül hét gyógyult. A szerző jogosultnak tartja a jó adagolását az eset állandó megfigyelése mellett, de mégis leghelyesebb úgy a bakteriologiai, mint a klinikai tapasztalatai alapján minden kórosat eltávolítani. Így egyik 54 éves betegénél a vastagbél felszálló részét külső és hátulsó felszínén teljesen szabaddá kellett tennie, hogy minden kórosat eltávolíthasson; egy másik esetben minden beteg rész eltávolítása után az egész kóros bélrészletet vékony és vastagbél-anastomosis útján rekesztette ki. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 31. szám.)

*Steiner Pál dr.*

#### Gyermekorvostan.

**Indukált vagy imitációs betegség** elnevezés alatt érdekes iskolai járványt ír le *Schoedel* Chemnitzből. Egy napon hozzá, mint iskolaorvoshoz két 9–10 év közti iskolás leánykát küldtek megvizsgálás céljából, minthogy a tanítónak feltűnt, hogy igen reszkette, girbe-gurbán irnak. Mintán sem tremornak, sem choreának legesekélyebb nyomát sem tudta náluk felfedezni, visszaküldte őket a tanítóhoz. Tíz nap múlva az iskolaigazgató felhívására meglátogatta az osztályt; akkor már 13 hasonlóan író gyermek volt az osztályban; az esetek száma rövidesen még növekedett, úgy hogy végül 35 leányka közül 21 szenvedett e bajban. Az első napokon a tanóra elején még jól írtak, csak a tanóra folyamán vált írásuk mindinkább reszketőbbé; a későbbi napokon mindjárt zeg-zugosan írtak, s végül már teljesen olvashatatlanná betűket vetettek. Különösen feltűnő volt ez a számjegyek írásánál. Egyébként a kar- és kézmozgások ezen ataxiája csupán írásnál, de sem kézi munkánál, sem tornázásnál nem volt észlelhető. Idegességnek, izgatottságnak, vagy levertségnek minden jele

hiányzott. Az összes gyermekeket faradikus árammal kezelte; az első 16 gyermek nyolc nap alatt meggyógyult, négy pedig már egy villamos kezelés után. Egyet szülei nem hagytak kezelni, ezt eltávolították az iskolából és otthon néhány hét alatt gyógyult meg. A betegség tartama alatt az írási óra elmaradt és helyette nehéz fejszámolást kaptak. *Schoedel* ezen eseteket nem tekinti hysteriának, hanem az indukált vagy imitációs betegségek csoportjába sorozza.

Hasonló járványt egyébként már többen közöltek, így nálunk *Szegő* egy budapesti leányárvaházból, melynek 45 bennlakója közül öten sajátosan köhögtek és *Bókay J.* tanár is észlelt egy különös járványt egy felsőbb leánynevelő-intézet 15 növendékénél, a kik kiléggző mozgásokkal különböző állati hangokat hallattak, így az egyik a kutyaugatást utánozta, a másik a ló nyerítését, a papagáj krécselesét s a lúd gágogását. (Jahrbuch f. Kinderheilk., 1906. október.) *Flesch Armin dr.*

**Mintatejgazdaság** ismertetésével foglalkozik *W. Hempel* a München. med. Wochenschrift ez évi 7. számában. Részletesen leírja azon eljárást, a melyet az *oherni* birtokon foganatosítanak. Az állatokat külön helyiségben fejk, mintán tögyüket kellőképpen megmosták; a fejés művelete alatt a tehén tiszta vászonlepellet van lefedve. A fejőszemélyzet kezei és ruházata pontos tisztogatásnak lesznek alávetve. A teheneket tiszta, jól szellőző istállóban tartják, és rendszeresen kihajtják a szabadba. A tej steril edényekben lesz felfogva s meglehetősen lehűtve félretéve. A takarmány nem kizárólag száraz. Az állatállomány állandó szakorvosi felügyelet alatt áll. A tuberculin alkalmazását következetesen vizik keresztül. *Hesse* vizsgálatai szerint e tej rendkívül szegény csírákban.

*Deutsch Ernő.*

**A sterilizált tej szerepéről a csecsemőhalandóság elleni küzdelemben** értekezik *Manteufel* a München. med. Wochenschrift ez évi 7. számában. Nézete szerint mai napig a sterilizált tejjel táplált csecsemők száma, a mesterségesen tápláltak összsámához viszonyítva, még oly csekély, hogy értékéről végleges ítéletet nem mondhatunk. A tejkiosztás módzatai jelenleg Németországban helytelenek, a német decentralisatio helyett a francia centralisatiót ajánlja. A francia módszer az ellenőrzést könnyíti. (Saját tapasztalataink is igazolják *Manteufel* nézetének helyes voltát.)

*Deutsch Ernő.*

**Pepsin-sósav mint stomachicum.** *Meyer L.* egészséges, de gyengén táplálkozó csecsemőknél, ablactatio és heveny megbetegedések utáni étvágytalanságnál *Grübler* 3.5% sósavat tartalmazó pepsinoldatát ajánlja, még pedig 2–5 cseppet az evés előtt. (Ther. d. Gegenw. 1906. 5. füzet.)

*Deutsch Ernő.*

#### Bőrkórtan.

**A psoriasis lényegéről** fejti ki újabb nézeteit *Unna* (Hamburg). Véleménye szerint nagy hiba, hogy a dermatologia évtizedek óta élesen elválasztja a psoriasist az eczemától. Az elválasztás szerinte csak mesterséges, mert állandóan találhatók átmeneti klinikai kórformák, melyek ép úgy tarthatók száraz eczemáknak, mint psoriasisos plaque-oknak. Tapasztalata szerint néha egy betegben is észlelhetők kiütések, melyek a kifejezett eczemától a typusos psoriasis-plaque-ig változnak. A psoriasist épen úgy, mint az eczemát, a bőr parasítás betegségének tartja. A talált coccusfaj mindkét bántalomnál ugyanaz. A száraz eczemák és a psoriasis-plaque-ok histológiája is azonos leletre vezet. *Unna* a psoriasis prognózisáról is igen kedvezően nyilatkozik, mert egyáltalában nem ismer el gyógyíthatatlan eseteket. Ismeretes ugyanis, hogy a psoriasisos beteg bőrét egy-egy kivirágzástól megtisztítani nem tartozik a nehéz feladatok köze. Ugyis nyilván lehetetlen azonban a beteget a recidiváktól megmenteni. A recidivákban rejlik ugyanis a bajnak relativ rossz prognosisa. A szerző szerint a recidivák elmaradnak, ha a bőrt még akkor is tovább kezeljük, azaz kenjük és fürösztjük, ha a psoriasisos plaque-ok már mind eltűntek. A psoriasist kórokozó (coccusai) t. i. még sokáig fészkelnek a bőrön, főleg pedig a hajzatban, úgy hogy kis elhanyagolásra ismét létrejönnek a plaque-ok. A psoriasisos kiütés eltüntetésére naponkénti kaliszappanos mosogatáson és hosszas



fürösztésen kívül főleg a chrysarobinos vagy pyrogallusos és acid. salicyl. os (aa 5%) kenőcsöket tartja alkalmasnak, különösen ellenálló, makacs és körülírt plaque-ok ellen jónak tartja az erős *Dreuw*-féle kenőcsöt (chrysarobini, olei rusci aa 20:0, acidi salicyl. 10:0, sapon. kalin., vaselin. aa 25:0). Használható ilyenkor a 10%-os salicyl-anaesthesines collodium is. A kúra befejezettnak csak akkor tartandó, ha nyoma sem látszik a psoriasisnak. De kenőcsözés, fürdés ezentúl is még állandóan rendelő. *Unna* az arsenolt sok sikert nem látott, de azért sokszor rendeli, főleg körömpsoriasis eseteiben. Ezekben úgylátszik jó hatást fejt ki. A diétának semmi befolyása nincsen a psoriasisra. Körülírt, igen makacs plaque-okat *Röntgen*-fényvel is lehet kezelni, néha igen jó eredménnyel. Nagyobb kiterjedésű esetekben természetesen nem alkalmazható. (Medizinische Klinik, 1906. 39—40. sz.)

Guszmán.

### Húgszervi betegségek.

**Cystalgiának** nevezi *Rochet* azon igen fájdalmas és a gyógykezelésnek makacsul ellentálló hólyagizgalmat, a mely a 30 és 50 év közt levő asszonyoknál valóságos cystitis képében minden különös ok (kankó, gümőkór stb.) nélkül mintegy magától hirtelen keletkezik, a melynek felismerése rendkívüli jártasságot igényel és a melyet csupán a többi hólyaghuruttal járó bántalomnak kizárásával lehet kórismézni. A betegség aetiológiája igen homályos; a gyakori vizeleti ingeren és ezzel járó égető fájdalomon kívül a többi tünet sem nem állandó, sem bármely sablonos rendszerbe össze nem foglalható, hanem hol a blennorrhoeás, hol pedig a gümőkóros cystitisével csaknem azonos. Tény, hogy ilyen esetekben — nőkről lévén szó, a kiknek az idegrendszere néha már igen jelentéktelen okból rendkívül érzékeny — egy olyan neuralgiával állunk szemben, a mely vagy vesicalis, vagy perineális izgalomból ered és a melynek prognosisa semmiképp sem biztató. A belső kezelés itt is csak a cystitissnél szokásos és eléggé változatos therapiára szorítkozhatik; a műtétek közül a sectio altával többet ártunk mint használunk, a vaginális hólyagmetszés esetleg eredményes lehet, a legtöbbet azonban a húgcsőnek és a végbélnyílásnak erőszakos tágitásától és a belső szeméremideg perineális ágának a kimetszésétől várhatunk. (Annal. des malad. des organ. génito-urinaires, 1906. 14. füzet.)

Drucker Viktor dr.

**A vesegyűjtőér lekötésével** kísérletezett állatokon *Jungano* azon célból, hogy a vese szövetében bekövetkező elváltozásokat tanulmányozza. A 12 vivisectionból eredő szövettani megfigyeléseiből levonja azon következtetéseket, a melyek három esetben az emberen is előállottak. Csatlakozik tehát azoknak a nézetéhez, a kik a sérült gyűjtőeret nem kötik le, hanem ily esetben inkább a nephrectomiát végzik és pedig azon okból, mert kétségtelenül helyesebb dolog megóvni a szervet azon veszélyektől, a melyek egy benne hagyott, de degeneráló szerv nyomában járnak, mint esetleges baj árán mégis csak megkísérelni, hogy collaterális avagy abnormális ereket segélyével talán be fog állani a restitutio ad integrum. A collaterális vérpálya megmentése céljából a vesének a zsírtokját is meg kell kimélnünk, a mi csak úgy lehetséges, ha a vesét az abdomen felül közelítjük meg; ez a műtét az állaton sem könnyű, az emberen pedig jóval nehezebb; nem érdemes tehát a beteget kitenni azon veszélynek, a mely abból ered, hogy belei hosszabb időn át feküsznek a szabad levegőn. (Annales des malad. des organ. génito-urinaires, 1906. 15. füzet.)

Drucker Viktor dr.

### Venereás bántalmak.

**A syphilis maligna és tertiaria fertőzőképességét** vizsgálta *A. Buschke* és *W. Fischer* (Berlin). A szerzők elsőben is kijelentik, hogy a spirochaeta pallidának fajlagos voltában hisznek. A syphilitis infectiohoz spirochaeta pallidák szükségesek. Mégis nem oly egyszerűek a viszonyok, ha bizonyos syphilitis nyilvánulások fertőzőképességét összehasonlítjuk azoknak spirochaetaeleitével. Ezt a szerzők már egy korábbi közleményükben kifejtették. Újabban egy lues maligna esetével kísérleteztek. Ennek

typusos kifehélyesedett góczával a szerzők sikeres, bár igen gyengén kifejezett oltási syphilitis végeztek egy macacus rhesuson. Hogy a majmon létrejött oltási eredmény lueses volt, azt egy nedvező papulából eredő reinoculatio sikertelensége bizonyította. A positiv, bár gyengén kifejezett oltási eredmény dacára azonban a malignus góczok vagy egyáltalán nem, vagy csak igen gyéren tartalmaztak spirochaetákat. Érdekes ama gyakorlati tapasztalatnak kísérletes megerősítése is, hogy a lues maligna más egyénre átvive nem okoz újra malignus tüneteket. A szerzők továbbá egy tertiaria syphilitis esettel is kísérleteztek. Tertiaria jelenségek fertőzőképességét előtűk már *Finger* és *Landsteiner*, továbbá *Neisser* állapította meg. Esetükben a beteg syphilitisét 17 év előtt acquirálta. A jelenlevő gummas fekélyesedésből vett anyag macacusra oltva 18 nap múlva typusos primaer jelenséget okozott, a mely semmiben sem különbözött a friss secundaer syphilitis kiütésekkel végzett oltásoktól. A majmon végzett utólagos reinoculatio itt is negativ eredménnyel járt. A szerzők ezek alapján arra a következtetésre jutnak, hogy ilyen positiv oltási esetekben, mint a minők a fentiek, a spirochaeta pallidák alkalmasint egy más, előtűnk még ismeretlen formában jelenhetnek meg. Ezt az elméletet arra alapítják, hogy úgy a majmokon mutakozó oltási papulában, mint az oltásra használt tertiaria ulceratioban nem voltak spirochaeták találhatók. A lues maligna esetében is csak elvétve voltak spirochaeták kimutathatók. Nézetük erősítésére hozzák a szerzők, hogy az oltási syphilitis primaer jelenség *Finger* és mások tapasztalata szerint annál intenzívebb, mennél bővebben tartalmazott az oltásra szolgáló anyag spirochaetákat. (Medizinische Klinik, 1906. 38. sz.)

Guszmán.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**A fersanról** nagyon dícsérően nyilatkozik *Margosches*. Nagyszámú kísérletében, a melyet fersan-porral és fersan-pastillákkal tett, a betegek mindig nagyon jól tűrték a szert, a mely erősen elősegíti a vérképződést és feltűnő gyorsan javítja az étvágyat. Más vaskészítményekkel szemben különösen kiemelendő, hogy mint vastartalmú acidalbumin tulajdonképpen nagyon könnyen felszívódó vastartalmú tápszer. (Medizinische Blätter, 1906. 26. szám.)

**A citarint** *Weisz* (Pöstyén) heveny, félheveny és idült kösvény sok esetében használta és a kellemetlen mellékhatások szempontjából határozottan fölébe helyezi a többi kösvényellenes szernek. De egyébként is nagyon kimagaslik a citarin a többi kösvényellenes szer között. Főleg a heveny kösvényroham fájdalmait csökkenti nagyon gyorsan; a legtöbb esetben már néhány óra alatt csökkentek a legerősebb fájdalmak is és 1—3 nap alatt teljesen megszűntek. A diuresis rendszerint fokozottan találta a szerző. Az adag nagyságát a heveny tüneteknek, főleg a fájdalmasságnak a foka szabja meg (3—5-ször naponként 2 gm.); az adag többnyire már másnap kisebbíthető volt. Idült esetekben természetesen kevésbé szembeötlő a hatás; ilyenkor czélszerű minden hónapban egy hétig használtatni a szert. A citarin használata mellett természetesen a diaeto- és balneotherapiea segéd-eszközei is igénybeveendőek. (Die Heilkunde, 1906. 7. füzet.)

**Haemostan** elnevezéssel a bécsi „Ausustria“ gyógyszer-tár egy vérzéscsillapító készítményt hozott forgalomba, a melynek összetétele a következő: Rp. Extr. hydrastidis canadensis fluidi, Extr. gossypii spissi, Extr. hamamelidis siccii aa 30; Chinini muriatici 1'0; Pulv. rad. hydrastidis 9'0. M. f. tablettae 100 olductae eum saccharo. A szert *Fürth*, a derventi kórház vezetője különböző okokból eredt vérzésnek mintegy 70 esetében használta s az eredménnyel nagyon meg volt elégedve. Elvetelés után a méh subinvolutioja folytán keletkezett vérzés eseteiben 3 óránként kell adni 2—3 tablettát. Túlerős havi vérzéseknél mintegy két héttel a menstruatio előtt kell kezdeni a szer használatát, 3-szor naponként adva 1—1 tablettát; 1 hét múlva megkettőzzük ezt az adagot, s a mikor a havi baj első jelenségei már mutatkoznak, 2 óránként adunk 2—2 tablettát. Tüdővérzés eseteiben szintén 2 óránként adunk 2—2 tablettát, a mely adagot a javulás beálltával, többnyire 36—48 óra múlva, felére csökkentjük. (Österreichische Ärzte-Zeitung, 1906. 16. szám.)



A helmitolt prophylaxis céljából használta *Wutthauer* olyan nőorvoslási műtétek után, amelyek a cystitis keletkezésének veszélyével jártak a szükségessé vált katheterezés miatt. Naponként 3-szor adott 1—1 gm.-ot. 26 eset közül 22 teljesen zavartalanul folyt le, 3-ban enyhe cystitis keletkezett, 1-ben pedig súlyosabb. Ez az eredmény a szerző szerint nagyon kedvező, ha tekintetbe vesszük, hogy a katheterezést sokszor ápolónők végezték, tanulás céljából. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1906. 23. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Klinikai füzetek,** 1906. 11. szám. *Babarczy Schwartz Ottó:* A korlátolt beszámíthatóság.

**Gyógyászat,** 1906. 47. szám. *Konrád Jenő:* Klinikai adatok a méh-rák elleni küzdelemhez. *Hollós István:* Az alkoholisták gyógyítása az elmegyógyintézetben. 48. szám. *Szigeti Henrik:* Tüdővész és munkás-biztosítás. *Konrád Jenő:* Klinikai adatok a méh-rák elleni küzdelemhez. *Detre László:* A phloridzin-reactio kérdéséhez.

**Orvosok lapja,** 1906. 48. szám. *Tanco Teofil:* Néhány újabb gyógyszerrel az urológiai gyakorlatban. *Falta Marcell:* Gyakorlati útmutatás a trachoma gyógyításában

**Budapesti orvosi ujság,** 1906. 48. szám. *Szántó Jenő:* Két újban ajánlott vizeletvizsgálati eljárásról. *Kovács Sándor:* A tuberculo-albumin therapeutikus hatásáról. „Bőr- és bujakórtan” melléklet, 4. szám. *Török Lajos:* Az erythema nodosum syphiliticumról. *Huber Alfréd:* A carcinomák és a bőr-rákok Röntgen-kezeléséről.

### Vegyes hírek.

**Lapunk szerkesztősége és kiadóhivatala mult hó 18.-a óta IX., Knezsics-utca 15. sz. alatt van.**

**Kinevezés.** *Lép Károly* dr.-t a vallás- és közoktatásügyi miniszter a budapesti Pasteur-intézet és kórház főorvosává nevezte ki. — *Sántha György* dr. szabadkai köz-kórházi főorvos, *Lauringer János* dr. vasvármegyei járársorvos és *Kovács István* dr., Kőszeg város tisztiorvosa tiszteletbeli megyei főorvossá nevezetett ki. — *Werner Sándor* és *Berecz Imre* dr.-okat az aradmegyei köz-kórházhoz alorvossá neveztek ki. — Budapest székes főváros főpolgármestere *Dax Albert* dr.-t alorvossá, *Vidakovics Kamill* dr.-t pedig segédorvossá nevezte ki a szent János-kórházba.

**Az országos közegészségi tanács tagjaivá a belügyminiszter** *Bókay János, Magyarovics Mladen, Grósz Emil* és *Tauffer Vilmos* dr.-okat újból kinevezte.

**A II. számú szülészeti és nőgyógyászati klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** segélyét novemberben 118 esetben vették igénybe; múlt 91 esetben történt.

**Kisebb hírek külföldről.** *P. Uhlenhuth* tanárt a berlini császári egészségügyi hivatal bakteriológiai osztályának igazgatójává nevezték ki. — *L. Concetti* dr. Rómában a gyermekorvostan rendkívüli tanára lett.

**Meghaltak.** *Szántó Lajos* dr., állami ménesintézet főorvos 50 éves korában typhusban Mezőhegyesen. — *Mijó Kálmán* dr., Ungmegye tiszt főorvosa, 59 éves korában november 25.-én. — *Szigeti Mór* dr., seregélyesi körorvos 78 éves korában november 27.-én. — *Zabudowski* dr., az orthopaedia rendk. tanára s az egyetemi orthopaediai intézet vezetője Berlinben, 55 éves korában, november 25.-én. — *Popow L.* dr., ismert belklinikus, Botkin utódja a szt.-pétervári katonarövisi akadémia belorvostani tanszékén, 62 éves korában, november 7.-én. — *W. Lloyd Andriessen*, ismert ideggyógyorvos, számos neuro-histológiai és neuro-pathológiai dolgozat szerzője, Londonban, november 21.-én, 36 éves korában. — *Ferguson* dr., a British Medical Association elnöke. *Ferguson* dr.-t a halál műtéves közben, váratlanul érte. Kizárt lágyéksérvezt operált s operatio közben kiderült, hogy 2 lábnyi gangraenás vékonybélrészletet kell eltávolítani. Ennek végzése közben hirtelen szó nélkül összeesett és meghalt. Valóban ideális halál!

**Meggyilkolt tanár.** *G. Rossi* dr., a nápolyi egyetemen az anatómia tanára, anarchista-merénylet áldozata lett, az utcán leszúrták.

A régi görögök és rómaiak sebészeti műszereiről érdekes mutaványos előadást tartott Oxfordban *Milne* dr., a ki ezzel a tárggyal már évek óta foglalkozik s erre nézve átvizsgálta Európa összes muzeumait. Bemutatta fényképeken és modelleken a régiek instrumentariumát, amelyben sok olyan műszer van, amelyet egészen modernnek tartunk. Különböző alakú késeik, szondájuk, trepanjuk, forcepsük s háromféle alakú méhtükörük volt. A Hegar-féle dilatatorhoz igen hasonló műszert használtak, melyről már Hippokrates tesz említést. Az izzadmányok és genyedésék kiszívására a maihoz igen hasonló fecskendőt alkalmazták; köpölyöző készülékük is volt.

**Behring** tanár újabb nyilatkozatai a tulase-ról. A nagyhirű marburgi tanár legújabb vizsgálatainak a közlésére sajátos módon egy népszerű szépirodalmi lapot használt fel, a „Deutsche Revue“-t, melynek legutóbbi számában „Diphtherieserum, Tetanusserum, Bovovakzin, Tulase“ cím alatt hosszabb cikket közöl. Cikkekben bő történeti

bevezetés után előadja, hogy a gümőkór meggyógyítására a serum-therapiához reményeket nem fűzhetünk, hanem csakis az aktiv immunizálás az, amelynek ezen a téren jövője van. Nagy haladásnak jelzi e tekintetben, hogy sikerült hosszas kísérletezés után egy élettelen, tehát az emberi szervezetre veszedelem nélküli vírust találni, mely erre az aktiv immunizálásra alkalmas. Első kísérleteit állatokon végezte, még pedig *Lajos* bajor herceg sárvári uradalmában olyan módon, hogy csaknem teljesen elölt tuberculosibacillusokkal immunizált marhákat. A tuberculosisvírus előlése chloralhydrattal használ; ezt a készítményt, amely tehát chloralhydrattal kezelt, élettelen emberi tuberculosibacillusokból áll, *tulasénak* nevezi. A tulasét minden veszedelem nélkül lehet az emberen alkalmazni akár belsőleg, akár bőr alá fecskendezés alakjában. Ható erejéről nagy arányban folynak most a vizsgálatok számos klinikán. Van Behringnek egy másik ilyen készítménye is, a *tulon*, melyet a tuberculosibacillusoknak kalitimsóval eau de Javellel való kezelésével állít elő. Ennek a kipróbálásával különösen *Heubner* tanár foglalkozott a berlini Charité-kórház gyermekosztályán s eredményei igen jók, főképp scrophulosis eseteiben. A tulasét mindig pyramidonnal együtt adták. Feltűnő, hogy mily gyorsan szűnnek meg a tulase alkalmazására a lázak s milyen szépen gyógyulnak a görvélly-kóros bőrkiütések és szemgyulladások.

### Kérelem.

**Magyarország Orvosainak Évkönyve és Czimtára** szerkesztősége azon kérelemmel fordul az igen tisztelt orvos urakhoz, hogy a küldött kérdőíveket minél előbb kitöltve visszaküldeni szíveskedjenek. Az ez év folyamán letelepedett orvos urakhoz pedig, kiknek neve és címe eddigé az évkönyvben nem volt még meg, azon kérelmet intézi a szerkesztőség, hogy lakhelyüket a szerkesztőségel mielőbb közölni szíveskedjenek. Kérdőíveket szívesen küld a szerkesztőség, Budapest, VII., Kertész-utca 16.

**Liquor Thiorobin comp. sec. Eibach.** A tüdővészések gyógykezelését lényegesen megkönnyíti, mert azoknak táplálkozására és anyagcseréjére rendkívül kedvező befolyása van. És ha e készítmény kiváló figyelemre méltó a légzőszervek összes megbetegedéseinek, úgy kiválóan fontos és valóságos specifikus hatást fejt ki pneumoniánál. Készíti: Szamosy Gyula gyógyszerész, II. Rákóczy Ferencz gyógyszerész, Budapest VIII., Rákóczy-út 25.

Jelen számunkhoz a „Syrupus Colae comp. Hell“ című prospektus van mellékelve.

„Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatorium. Ujjonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kifűtő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváratra prospektus.

## Vizgyógyintézet

a „Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, masszázs, elektrotherapia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kiváratra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: Dr. Jakab László.

## ABBZIA Dr. SZIGETI MÁRTON

(nyáron Gleichenbergben).

## Marilla

sanatoriumban a napi pensio: lakás, kiszolgálás, világítás, ételmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt — 12.50-16 koronába kerül. — Az igazgatóság.

## Dr. NIDERMANN-SANATORIUM

(Széchenyi-telepen, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvesz ideg- és kedélybetegeket, alkoholistákat, morfinistákat leszoktatási gyógymódról. Sörgöny: Budapest, Telefon 79-72. Posta Rákospalota, Prospektus.

**Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13-15.** Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által.

**Dr. Kopits Jenő,** kórh. rend. orvos, **testgyógyintézet Budapest, VII., Kerepesi-út 18.** I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2).

**Dr. Doctor K.** v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3.** Telefon 697.

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. **SANATORIUMA.** Nőbetegek és szülők részére.

**Dr. RINGER** elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére. Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).

**Orvosi laboratorium:** Vezető: Dr. Vas Bernát, Poliklinika. (Szűvetség-utca 14-16.) Telefon-szám 90-46.

## Simonyi Béla dr.

Harminczad-utca 6. (Erzsébet-tér sarok)

Modern Röntgen-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágítás: Röntgen-felvételek.

Telefon 49-57.

Vibrációs massage.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIV. rendes tudományos ülés 1906. december 1-én.) 1113. l. — Országos rákértekezlet. (I. megayitó ülés 1906. november 15.-én.) 1114. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tudományos ülés 1906. december 1-én.)

Elnök: Korányi Sándor. Jegyző: Kövesi Géza.

Az elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Illyés Géza, Hüttl Hümér és Bálint Rezső tagtársakat. Jelenti, hogy a könyvtár számára beérkezett „Budapest székesfőváros közpórházainak évkönyve 1905” és Szemes Zsigmondtól 27 darab külföldi nyomtat. Köszönettel vétetnek.

## Hypernephroma renis.

Illyés Géza: A 47 éves férfi 1905 novemberében kezdett véresét vizelni, a mi néhány napi fennállás után megszűnt, majd újból jelentkezett. Felvételtkor (1906. január 30.-án) vizelete véres volt, s cystoskop-pal láttuk, hogy a vérzés a jobb ureterből származik. Mindkét ureterbe katheret vezetünk, s a vese működését megállapítva kiderült, hogy a jobb vese nagy részben tönkrement. Ez alapon műtétet ajánlottunk. A műtét március 1.-én történt. A vesét feltárva, felső polusán ökönyi daganatot találtunk, s azt a vesével együtt eltávolítottuk. A kiirtott vese felső polusát szövettanilag is megállapított rosszindulatú hypernephroma foglalta el, míg a vese többi részében nephritis parench. chronica volt. Az eset mutatja, hogy profus spontán haematuria-korán meg kell állapítani a vérzés székhelyét, s ha a vér a veséből ered, azonnal functionális vizsgálatot kell végezni. Ha a vérző vese functionja a másik vese functionjához képest jelentékeny rosszabbodást mutat, akkor azon vesében súlyos, a vese szövetét roncsoló folyamatot kell felvenni, s ilyenkor már ez a tény elegendő, hogy más tünetek hiánya mellett is műtét útján győződjünk meg a vesefunctio csökkenésének okáról. Ilyen módon a vesedaganatot olyan korai szakában távolíthatjuk el, a mikor daganat még nem tapintható, s ez által a legkedvezőbb kilátásunk van a teljes gyógyulásra. A beteg teljesen meggyógyult.

## Vesekő.

Illyés Géza: A 43 éves férfibetegnél 24 év előtt hólyagkővet távolítottak el. Két év óta zavaros a vizelete, jobb oldalán göresös fájdalmakat érez. Felvételtkor (1905. november 23.-án) cystoskop-pal meggyőződve arról, hogy a genyes vizelet a jobb ureterből származik, mindkétoldali ureterkatheterismust végeztünk.

A functionális vesevizsgálat kimutatta, hogy a jobb vese tönkrement, s Röntgen-fény mellett a jobb vese tájékán gyenge árnyékot láttunk. A műtét 1905. december 5.-én történt. A vesét feltárva, benne nagy követ érzünk. A vese eltávolítása után kiténik, hogy a vesemedenczét nagy ágas-bogas kő tölti ki, s a másodlagos kelyhekben is több kisebb kő található. A szövettani vizsgálat mutatja, hogy az egész vese tönkrement. A beteg 4 hét múlva gyógyultán távozott.

A műtét javallata az volt, hogy a betegnél genyedő, Röntgen-fénnyel árnyékot adó, nagy fájdalmakat okozó vesét távolítsuk el, mely a functionális vizsgálatnál rosszul működő vesének bizonyult. Újabb a Röntgen-fény segítségével s főleg a compressió diaphragma alkalmazásával korán sikerül a vesekő jelenlétét megállapítani, s ha a vesefunctionban nagyobb fokú eltérés nem mutatkozik, a miről az ureterkatheterizációval és a functionális vizsgálatokkal győződhetünk meg, akkor a vesét igyekezzünk megtartani s a követ nephrotomia útján távolítjuk el. Azonban tönkrement vesét megtartani nem célszerű, s ilyenkor jobb az elsődleges nephrectomia.

## Nephritis apostematosa.

Illyés Géza: Az 55 éves férfibeteg f. év március 20.-án vettük fel a kórházba. Két év óta hol a jobb, hol a bal oldalán göresös fájdalmakat érez, s vizelete gyakran véres. Múlt év júniusában hólyagjából két követ távolítottak el. Felvétele előtt pár nappal kirázta a hideg, s utána magas lázakat kapott; ilyen rohamok gyakran ismétlődtek. Felvételtkor a cystoskopos vizsgálat kimutatta, hogy a bal ureterből zavaros vizelet ürül. Mindkétoldali ureterkatheterismust s functionális vesevizsgálatot végezve kiderült, hogy a bal vese tönkrement. Műtétet a beteg vonakodása miatt csak május 4.-én végeztünk. A vesét feltárva, már felületén elszórva apró, genyinnel telt góczokat láttunk. A vesét eltávolítottuk, vigyázva, hogy a fertőzött vesetartalom a sebbe ne jusson. Az eltávolított vesében, főleg kéregállományában és felületén mogorónyi és kisebb, sűrű sárga genyinnel telt tályogokat találtunk, a melyekből Friedländer-féle bacillusok voltak kitenyészthetők. A tályogoknak a kéregállományban és a felületen való elhelyeződése s a göreső alatt látott nagyobbfokú érköri gümbejes beszűrődések a mellett szóltak, hogy a vesetályogok haematogen infectio következményei. Egyoldali, haematogen úton létrejött vesegenyedés mindenestre ritka, de ha számba vesszük, hogy a betegnél azelőtt már voltak vesetályos fájdalmak és véres vizelés, a melyek vesekő által okozhattak, továbbá már a vizsgálatnál a bal vesemedenczében 25 cm<sup>3</sup> residuális

vizelet volt, akkor ezen nem egészen ép vesében, mint locus minoris resistentia helyén, a véráram útján létrejövő fertőzés könnyebben megérthető. A beteg a szervezetbeli genyngóc, a vese eltávolítása után teljesen meggyógyult.

Röhmer Béla: A második esethez szól hozzá. Esetet említi, melyet a sebészeti szakosztályban is bemutatott. 43 éves gazdatisztnak 8 év óta voltak baloldali fájdalmai, melyek sokszor émelygessel, hányással jöttek, de ritkán sugároztak le a bal herébe. Ő is, orvosai is gyomorbetegnek tartották, ezért Karlsbadban is járt. Állapota rosszabbodott, különösen kocsirázásnál. 1905 augusztusában jelentkezett szőlőnél, a mikor lázas volt. Vizeletében kevés leukocytá, vörösvérsejt és vesekehelyhám. Másnap is eljött, a lázat appendicitis okozta, mely négy hét alatt lefolyt. Gyógyulása után ureterkatheterizáció történt, mikor kiderült, hogy a vesekehelyhám bal oldalról jött. A Röntgen-felvétel (Verebely Tibor) mandolanagyságú vesekövet mutatott. Aseptikus követ lévén dolga, ideális nephrolithotomiát vágzott, eltávolította a követ, összevarrta a vesét, elsüllyesztette és a beteg meggyógyult.

## A köldöksérv gyökeres gyógyítása Pfannenstiel-Menge szerint.

Hüttl Hümér: Czomb- és lágysérveknél a jól készített kötő kitérő szolgálatot tehet, de köldöksérvnél a kötő ritkán felel meg, mert nehéz megfelelő pelottát készíteni. A domború pelotta bemélyed a köldökgyűrűbe és nyomásával sorvasztva, még jobban tágitja. A pelottának esetenként nagynak kell lennie, hogy mindenütt illeszkedjék a hasfalra, és ha a sérvbennéket nem lehet visszahelyezni, még az üreges pelotta sem jó. De mindezen hiányokhoz főleg az járul, hogy a pelottát sem rugók, sem övek, czombszalagok, vállszalagok segítségével nem lehet a helyén rögzíteni. A betegnek a kötőt tulajdonképpen mindig éjjel-nappal kellene viselnie, mivel azonban ezt nem teszi, sérv a kötő ellenére is nő és így alig felelt meg a kötő egy ideig, máris másikat kell csináltatni, mert az üreges pelotta a megnövekedett aceret sérvet már megint nem tudja befogadni. Teljesen vissza nem helyezhető tartalom mellett alkalmazott pelotta becsípi a beleit, nyomása a sérvben a legkülönbözőbb összenövéseket okozza.

Mindez igen természetessé teszi, hogy az utóbbi időben annyi asszony operáltatja a köldöksérvét.

A gyökeres műtéves feladata, hogy a köldökgyűrű nyílását erős ellentálló szövetrel elzárja. De a zárásnak első és legnagyobb akadály a maga a köldökgyűrű, mely a sok nyomás, tágitás, gyuladás következtében rosszul táplált fibrosus kötőszövetből áll. Ezt a szövetet hiába varrják akármiféle módon és akármiféle anyaggal, a keletkezett érszegény heg tágu és a sérv ismét kiújul.

Igazi sikerekről csak azóta lehet szó, mióta a műtétet a köldökgyűrű kimetszésével (omphalectomiával) kötik össze. A Maydl, Condamin, Oszttermayer stb. eljárások és módosítások mind több rétegben egyesítették a kimetszés után keletkezett hasfalrebot. Külön a hashátyát, a rectushüvely hátulso falát, a rectusokat, a hüvely elülső falát, a bőrt.

A statisztikák közel 45%-ban mutatnak kiújulást, a minek oka abban rejlik, hogy 1. többszörös varratréteg kerül egymás fölé, 2. a tömeges csomós öltések — sokszor százan felül — gyakran kigezayednek, 3. főleg, mert a szétálló rectusok a köldök tájékán egyesítettnek és kifelé concav görbe lefutást kapnak. Ha már most a beteg a hasprést igénybe veszi, a rectusok kiegyenesedni iparkodnak és az összes varrt részeket szét húzzák. Tillaux úgy akart ezen segíteni, hogy a rectusokat átvágta és keresztben varrta össze. Mint magam is meggyőződtem, ez a módszer kivihetetlen. A mint hogy nem lehet Biondi kivánata szerint az omphalectomia után a hüvely hátulso falát harántul, a rectusokat függélyesen, az elülső falat harántul, a bőrt függélyesen összevarrni.

A mikor Pfannenstiel az általa kieszt fascia-harántmetszéssel oly fényes eredményeket ért el, már akkor ajánlotta, hogy eljárását hassérveknél is igénybe kell venni. Menge és később Graser számoltak be ilyen módon műtött köldöksérvesetekről. Előadónak eddig nyolcz Graser szerint műtött esete van. Ezek közül bemutat egy 27, 45 és 52 éves nőbeteget; valamennyi igen kövér, többször szült. (Az 52 éves nő 160 kilogramm testsúlyú, a laparotomia sebje 56 cm. hosszú.) Az esetek mind ideálisan per primam gyógyultak, a zárás tökéletes.

A műtét menete valamennyi esetben teljesen egyforma volt, és a következő szakaszokból állott:

1. Harántmetszés a has legnagyobb domborulatán. Czélserű Graser-től eltérőleg tenyérynai szélességben oválisan körülmetszeni a sérvén lévő elvékonyodott bőrt és ezt a sérvén rajta hagyni. A metszés teljesen körül vágja a sérvet és azt nyakáig kifejt a tömlő megnyitása nélkül.

2. A sérvkapu két oldalán, a hasfal összes képletein áthatoló ívelt metszéssel kimetszszük a sérvgyűrűt. A kés élét csak rá kell nyomni, húzni nem szabad, mert a heges sérvkapu sokszor nagyon vékony. A sérv most a beléje haladó képleteken mint valami daganat lóg. A zsigerek belülről kifelé haladva könnyen kifejthetők, az odanőtt cseplesz csonkoltatik.



3. Mindkét rectushüvely elülső falát harántul átmeszszük és az elülső aponeurosislapot, mint két nagy összefüggő lebenyt fel és lefelé lefejtjük. Különösen a rectus-hüvelyek commissurájánál kell vigyázni, hogy a lebenyen lukakat ne csináljunk. A felvázolást annyira kell vinni, hogy alul és felül azon pontig jussunk, hol a rectusok egymáshoz igen közel vannak.

4. A rectusok elülső és hátulso felszínükön egyaránt lehetőleg tompán felvázolhatunk. Az inscriptio tendineának gyakran késsel kell dolgoznunk. Az idegek kimélete végtelenül tontos.

5. Függőleges irányban egyesítjük a peritoneumot és hátulso hüvelyt, ugyancsak függőlegesen varjuk össze a két rectust, az aponeurosis-lebenyeket azonban haránt irányban, kizárólag sűrűn tett csomós öltéseket használva.

A műtét óriási sebzéssel jár, de az eredmény az eddigi tapasztalatok szerint fényes. A siker titka a prima reunióban és a pontos varrásban rejlik, tehát legfontosabb extravaluær antisepsis keztyű és álarcz igénybevételével, gyors operálás és kiméletes velebánás a szöveteikkel, pontos vérzéscsillapítás a feltételek.

*Dollinger Gyula:* Bár az ő nézete szerint az ilyen tisztán sebésztechnikai kérdések inkább a sebészeti osztályba tartoznak, mégis mint-hogy itt szőnyegre került a köldöksérvek operatív technikája, elmondja azon tapasztalatokat, a melyeket a klinikán 9 esztendő alatt 67 köldöksérv műtete közben szerzett.

Operatív szempontból a köldöksérveket két főcsoportba osztja. 1. Ide tartoznak azon köldöksérvek, a melyeknél a két egyenes hasizmot a köldökgyűrű kimetszése után egymással érintkezésbe lehet hozni. Ezen esetekben a legegyszerűbb műteti eljárás a Maydl-féle, a mely az izomhüvelyek megnyitása után a rétegeket külön összevarrja. Magát az izmot varrni nem kell, csupán az izomhüvelyt, az izom beidegzése pedig érintetlen marad.

2. A második csoportba tartoznak azon köldöksérvek, a melyekben a linea alba a hasüreg erős tágitása folytán erősen kinyúlt. A távolság az ilyen esetekben az egyenes hasizmok belső szélei között néha 20 cm. Ilyen viszonyok többnyire nagyon hájdús egyéneknek állanak fenn, a kiknél a hasüregbeli nagy feszülés folytán semmiképen sem sikerülne a hasizmokat egymással érintkezésbe hozni. Ezen esetekben erről le kell mondani. Itt beéri azzal, hogy a köldökgyűrű kimetszése után a felszabt linea alba belső széleit összevarrja és azonkívül e felett még egyszer összehúzza a linea albat és az első varratot egy második varrattal megerősíti.

Az ezen csoportba tartozó köldöksérveknél a hasüregbeli feszülés néha olyan nagy, hogy a köldöksérv fejlődésével egyidejűleg, tehát a műtét előtt a linea alba több helyen beszakadozik és e helyeken hasfali sérvek keletkeznek. Ilyen eset 3 volt a 67 eset között. Az összes operált 67 beteg közül eddig kettő jelentkezett recidívával a klinikán s ezeket újra operálták. Mindkét eset olyan volt, hogy a köldöksérven kívül a nagy feszülés folytán hasfali sér is volt. Ilyen kedvezőtlen viszonyok között azután nem csoda, ha a műtét után a varrat nem jól tart, hanem beszakad. A recidívák egy esztendő után mutatkoztak.

A mi a Pfannenstiel-Menge-műtétet illeti, sokkal nagyobb beavatkozás, mint a Maydl-féle műtét, az eredmény pedig semmiesetre sem lehet jobb, mert a mint Hüttl előadta, az izom is megsérül, meg a beidegzése is szenved. Lehet, hogy talán egyes kivételes esetekben hasznát lehet venni, de mivel a fentebb jelzett műtétek kisebbek és az izom sérülése nélkül folynak le, eléje teendők a Pfannenstiel-Menge műtétek.

Dollinger felhasználja az alkalmat, hogy a sebészek figyelmét felhívja egy visszaélésre, a mely nagyon el van terjedve és a mely abból áll, hogy sérvműtételnél, ha a sérvtömlőben benne találhatók a cseplesz, ezt még akkor is csonkítják, ha a sérvtömlő falával össze-nőve nincsen, mintha ártalmas szerv volna, a melytől a szervezetet meg kell szabadítani. Pedig ellenkezőleg, a cseplesz nagyon szükséges és hasznos szerv, a melyet a szervezet számára meg kell tartani. Akárhol keletkezik a hasüregben valami gyulladás, a cseplesz többnyire odatpad és megvédi a hasüreget a fertőzés ellen, ezenkívül pedig még egyéb feladatai is vannak. Visszahelyezésével tehát a sebész nem hogy kárt okozna, hanem inkább hasznót hajt. Sérvműtételnél a csepleszt csonkítani csak akkor kell, ha a sérvtömlővel össze van nőve.

*Taufer Vilmos:* Mindnyájan beleesünk a csalódásba műteti eljárásaink sikerét illetőleg, mert az a beteg, a ki nincs megelégedve velünk, rendszerint máshoz megy. Hüttl talán látni fogja 4. betegét, a ki engem keresett fel ilyen operatio után, sok panasszal, melyek mind a hegre vonatkoznak.

Az umbilicális hernia asszonyoknál támad, kik ismételve vagy sokszor szültek; a baj genesisé tehát a terhességre vezethető vissza.

Az a bemutatott vastag asszony egyszerű szikár nő volt, a kinek gyenge hasfala volt, a melyben a terhesség alatt a rectusok diastasisa keletkezett; az elpetyhült leelőző hasnak a hasadéka zsír rakódott le, az eldominális nyomás feszülése folytán a hasadéka még nagyobb lett és előállott a hernia. De több helyen is keletkezik ilyen rés és utána hernia.

Friedrich néhány év előtt referált a hasfali sérvekről. Következtetéseit aláírhatom magam is. Az első csoportban a köldökgyűrűnek eredeti dispositioja folytán jön létre a kitágulás (köldökhernia); a másik csoport úgy keletkezik, hogy a hasfal rosszul táplálatik, a harmadik csoport pedig postoperatív eredetű.

A bemutató 4. esetének nagy herniája meggyógyult, de van még 2-3 felszínre nem került, kis résbe szorult herniája, melyeknek tünetei állandóan megmaradnak.

A mikor kis köldöksérvvel van dolgunk, a Maydl-féle operatio jó eredményt ad. Ha nagy a köldöksérv és nagy a diastasis, a rectusok összehúzása a jelentékeny feszülés miatt lehetetlen. Eljárásom ily esetekben az, hogy a sérvtömlő kimetszése után a fascia és muscularis között lepraeparátok és leemelem a rectus felső lapjáról a fasciát, függőlegesen rámetsek a fasciára és áthúrom a másik oldal felé a középvonalra, úgy, hogy a bemetszés helye távol; a muscularis alsó lapjáról is lepraeparátok a fasciát és bemetszek függőlegesen a muscularisba és így mobilizálom a muscularist. Így összehozható két oldalról a muscularis és elzárható a sérvkapu, a Dollinger tapasztalta hátrány elmarad és per primam egyesülés jöhet létre.

Az által, hogy harántul teszszük a bőrmetszést, nem sokat változtatunk a mélyben történő dolgokon. A herniát a fascia és izom tartja vissza és kérdés, hogy ezélszerűbben látjuk-e el így a sérvet, mint a hosszanti metszéssel. Ezért a Pfannenstiel-Menge-féle eljárásban lényeges javítást nem látok, mindazonáltal nem mondom, hogy nem fogok vele élni alkalmas esetben.

*Fischer Aladár:* Olyan műtételnél, mint a köldöksérvoperatio, melyet vitális indicatio nélkül hajtunk végre, azt hiszem kötelességünk olyan eljárást választani, mely egyszerű és kevés veszedelemmel jár. Már pedig a Pfannenstiel-eljárásnál, ha genyedés csatlakozik hozzá, ez oly deletaer pusztítást visz véghez, hogy ha meg is gyógyul, semmi-féle laskötővel nem tudunk többé segíteni. Ezért nem tartom az eljárást ajánlatosnak, annál kevésbé, mert Maydl és Taufer eljárásával elég jó eredményeket lehet elérni.

(Vége következik.)

## Országos rákértekezlet.

### I. Megnyitó ülés. (1906. év november 15.-én.)

*Bókay Árpád dr.,* a budapesti királyi orvosegyesület elnöke mint házigazda üdvözlöi a megjelenteket.

*Dollinger Gyula dr.,* a budapesti királyi orvosegyesület rákbizottságának, egyszersmind az országos rákértekezletnek elnöke a következő beszéddel nyitja meg az értekezletet: Tisztelt Értekezlet! Az emberiség egyik legfélelmesebb betegsége, a rákbetegség az, a mely ellen szervezünknekni összeegyeztünk. Félelmetessé teszi, hogy bár rendesen olyan lassan halad előre, hogy az orvosnak elég sok ideje lenne hozzá, hogy meggyógyítsa, mégis a közfelfogás szerint mindeddig a rákbetegséget semminemű orvossággal sem sikerült meggyógyítani. Még nem nagyon régen számos nagynevű műtőorvos is ugyanezt hirdette és alig tartotta érdemesnek, hogy a rákbeteggel egyébként foglalkozzék, mint hogy fájdalmait enyhítse és hogy ápolja. Véletlen szerencse, nem pedig öntudatos, tervszerű eljárás eredménye volt, ha egyszer-másor egy-egy rákbeteg mégis meggyógyult. A végső kétségbeesés fogta el azt, a ki gyanítani kezdte, hogy rákbetegségbe esett. Siralomház volt családi tűzhelye, mert a közfelfogás szerint a diagnosissal ki volt reá mondva a halálos ítélet, a melynek a végrehajtásáig azonban kínos hónapok, néha évek teltek el lelki gyötörődés és testi szenvedés közepette. De a mig így sok millió ember pusztult el a rákbetegség által, a tudomány esendős művelői a boncoló asztal és a mikroszkopium mellett, a különböző laboratoriumokban a legkülönbözőbb módszerekkel beható tanulmány tárgyává tették a rákbetegséget és nem csüggedő szorgalommal halmozták egytűvé a reá vonatkozó ismereteket. Nem egy lángész hirtelen felvillanó eszméje, hanem számos apró, nagy fáradsággal megállapított tudományos tény kapcsolata vitte előbbre a rákbetegség megismerését és gyógykezelését és idézte elő azt a fordulatot, a mely most már a rákbetegség gyógykezelésének eredményeiben is megnyilvánult. Újra átvizsgálták a rákos daganat szövettanát, megállapították továbbterjedésének módjait a szervek szöveteiben, a nyirokerek és a vérek mentén, újra beható tanulmány tárgyává tették a nyirokerek útjait, a nyirokesomók számát és fekvését és boncolástani ismereteinknek ezen eddig meglehetősen pongyola fejezete határozottabb új alakot öltött, új irányt jelölve ki az operatív gyógykezelésnek. A régebbi sebészeti gyógykezelésben nem az volt a baj, hogy az első rákos csomót nem távolították el tökéletesen, hanem hogy még akkor is, ha azt látszólag a legalaposabban kivették a testből és ha ezzel meg nem elégedve a szövetszéd nyirokesomókat, a melyek rákosoknak látszottak, szintén eltávolították, még akkor is csakhamar új rákesomók burjánzottak elő a kivett daganat szövetszágaiban. Most, hogy többet tudunk a betegség terjedésének útjairól, a sebészet egyszerre nagyot haladt. Minthogy szabad szemmel meg nem tudjuk határozni, hogy valamely nyirokesomó, a mely a rák területén fekszik, beteg-e vagy nem, eltávolítjuk mindazon nyirokesomókat és nyirokpályákat, a melyek a rákos szervvel összeköttetésben vannak. Ezen eljárás eredménye nem maradt el. A külföldről érkezett kedvező jelentések után mi is átvizsgáltuk a vezetéseink alatt álló egyetemi klinika megoperált rákos beteganyagát, és ugyanezt tette Taufer Vilmos tisztelt barátom a klinikáján operált méh- és bélbeteggekkel. Ezen adatgyűjtés kimutatta, hogy klinikánkon az operált bórakok 38%-a, az emlőrákok 42%-a és az ajakrákok 72%-a 3, illetőleg 5 esztendő után recidivamentes, míg Taufer méh- és bélbetegségeinek 40%-a gyógyult meg. Nem minden szerv rákbetegsége gyógyítható még most ilyen jó eredménnyel, de ha az összes a klinikán operált rákeseteket összefoglaljuk, azt látjuk, hogy azok 41%-a 3, illetőleg 5 esztendő után recidivamentes. Ennyi időn át a kiújulás már csak ritka kivétel. Ezen eredmények messze felülmutatják a közelmúlt idő reményeit.



De azért itt meg nem állapodhatunk. A mi tegnap még kíváncsi volt, az, ha ma elértük, legfeljebb a fáradt egyénnek szolgálhat nyugvóhelyül, vagy a hiúnak piederstátnál, a tudományos haladás pályáján azonban az csak egy lépcsőfok a magasabb cél felé. Ez a cél csak az lehet, hogy végre képesek legyünk minden rákos beteget meggyógyítani, hogy ne, a mint régen volt, a gyógyulás legyen a kivétel, hanem kivételes szerencsétlenség számba menjen, ha valakinek a rákját nem sikerül meggyógyítani.

Ennek a feladatnak a szolgálatába szegődött a mi értekezletünk, a melyen az országos rákstatistika révén meg fogunk ismerkedni a veszély nagyságáról, a mely bennünket a rákbetegség részéről birodalmunkban fenyeget, szakreferenseink ajkairól hallani fogjuk a rákbetegségek kérdésének mai álláspontját, meg fogunk ismerkedni azon módszerekkel, a melyek segítségével a mai orvosi tudomány a rákbetegségnek elrejtett alakjait minél korábban igyekszik felismerni és azon szabályokkal, a melyeket szem előtt tartva a sebészet és a nőgyógyászat eredményeit eléri. Mődukban lesz továbbá megvitatni azon agitáció körvonala, a melyet ki kell fejtenünk, hogy a nagy közönséget a rákbetegségnek egynéhány főbb megjelenési alakjára kitanítva, reá bírjuk, hogy rákra gyanús bajaival minél korábban jelenjék meg orvosánál, mert a rákbetegség többé nem gyógyíthatatlan, hanem azzá válik, hogyha korán nem gyógyítják. Mindezek betetőzésére indítványt fogunk tenni országos rákintézet alapítására, a melynek munkaköre indítványunkban benfoglaltatik.

Az elnök az értekezlet jegyzőül felkéri *Borszéký Károly* és *Kővesi Géza* dr.-okat. Titkár: *Zimmermann Károly* dr.

Jelenti, hogy az értekezleten a m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter személyesen akart megjelenni, de sajnos, félreértés folytán ebben akadályozva lett. A m. kir. belügyminiszter *Chyzer Kornél* dr. miniszteri tanácsos, a m. kir. kereskedelemügyi miniszter *Vargha Gyula* miniszteri tanácsos, a m. kir. központi statisztikai hivatal igazgatója, a cs. és kir. hadügyminiszter *Gömörý Kálmán* dr. főtörzsorvos, a m. kir. honvédelmi miniszter *Köblös Lajos* dr. törzsorvos és *Pfann József* dr. ezredorvos, a horvát-, szláv- és dalmátországi bán kormányzó *Katicsisz Vladimir* dr., Budapest székes fővárost *Fülep Kálmán* főpolgármester, a m. kir. államvasutakat *Tóthfalussy Gyula* dr. főorvos és *Chyzer Béla* dr. főorvoshelyettes, a kolozsvári kir. magyar-tudomány egyetemet *Engel Gábor* dr., *Makara Lajos* dr., *Marschalkó Tamás* dr., *Purjesz Zsigmond* dr. és *Szabó Dénes* dr. egyetemi tanárok, a budapesti állatorvosi főiskolát *Hutyra Ferencz* dr. főiskolai rektor képviseli. Az értekezlet nevében úgy a nevezett hatóságoknak, mint kiküldötteiknek megjelenésükért hálás köszönetet mond.

Köszönetet szavaz ezenkívül a m. kir. kereskedelemügyi miniszternek, illetőleg a m. kir. államvasutak igazgatóságának, továbbá a cs. kir. szab. Kassa-Oderbergi vasut és a cs. kir. szab. déli vaspályatársaság igazgatóságának, hogy az országos rákértekezletre vidékről felutazó tagtársak számára menetdíjkezdvezményt engedélyezni kegyes volt.

Jelenti, hogy az értekezletnek összesen 273 bejelentett tagja van, ebből budapesti 175, vidéki 98.

Az elnöki széket *Chyzer Kornél* dr. miniszteri tanácsos veszi át.

*Dollinger Gyula* dr. ezután megtartja előadását, a melyben a magyar korona birodalmi rákstatistikájának főbb eredményeit ismerteti. Az idő rövidsége miatt csupán néhány főbb tételt közöl. Az egész munka legközelebb a magy. kir. központi statisztikai hivatal kiadásában magyar, német és francia nyelven fog megjelenni.

A budapesti királyi orvosegyesület rákbizottsága *Dollingert* bizta meg az országos rákstatistika elkészítésével. *Dollinger* megnyerte munkatársul a magy. kir. központi statisztikai hivatal, a melynek igazgatója *Vargha Gyula* miniszteri tanácsos gyakorlott tisztikarával lelkesen résztvett a munkában. Kétféle statistikát készítettek. Az egyik az élő rákosokra vonatkozik, a kiket az országgyűlés engedélyével 1904 október 15.-én írtak össze; a másik az 1901—1904. évi halálzási statisztikai rákanyag. A két statiska kiegészíti egymást. Adataik a következők: 1904 október 15.-én 3570 belföldi rákos beteget írtak össze. Ebből jut az egész birodalom területén egy millió 15 éven felüli lakosra 290 rákbeteg, a mi valamivel több, mint Németországban, de ezen többlet csak látszólagos, mert némileg már helyesebb alapon számítottak, mint a németek.

*Dollinger* a vezetése alatt álló egyetemi klinika járóbeteg-rendelésén, a hol majdnem minden napra esik egy új rákos beteg, azt tapasztalta, hogy nemesak vidékiek, de még nagyobb számmal fővárosi betegek vannak, a kik már évek óta rákban szenvednek, de még sohasem jártak orvosnál. Ezek tehát az összeírásból kimaradtak és azért úgy látja, hogy a halálzási statiska 7 1/2-szer magasabb számai sokkal jobban megközelítik a valóságot. A halálzási statiska az 1901—1904. év rákanyagára vonatkozik. Meghalt ezen négy esztendő alatt 26,912 egyén rákbetegségben, ebből esik egy millió 15 éven felüli egyénre 990 rákhalál.

De ez a szörnyű szám még nem tartalmaz minden rákhalált. A magyar birodalom lakosságának 45 40/0-át nem orvoshalottként vizsgálja és ezek a rákbetegséget nem jelentik be. Ezek hozzáadásával majdnem megkétszerezné a fenti számokat. A rákbetegség tehát évenként óriási embertömeget pusztít el és ezért szükséges, hogy teljes erővel forduljunk ellene. Ha ellenséggel állunk szemben, legelső dolgunk, hogy számát és hadállását kutassuk ki. Ezért fontosak a statisztikai adatok, a melyek ez iránt felvilágosítanak. Ezután bemutatja azon statisztikai táblákat, a melyek a rákbetegség eloszlását mutatják a magyar birodalom területén. Az 1904. évi összeírás szerint legtöbb a rákbeteg Magyar-

országban *Marosvásárhely, Baja, Pozsony városokban, Horvát-Szlavonországban Eszék, Zimony, Varasú városokban.* A halálzási statiska szerint legtöbb a rákhalál Magyarországon *Veszprém megye, Mosonmegye, Temesvár város, Pécs és Pozsony városokban, Horvát-Szlavonországban pedig Zágráb, Eszék, Varasd városokban.* Egyáltalában Magyarországon is, úgy mint Németországban, legtöbb a rákos a városokban, de Budapesten aránylag nem a legnagyobb a számuk, mert míg Budapesten 10,000 15 éven felüli egyénre 12-1 rákos esik, addig Pécsen 16-1, Pozsonyban pedig 20-8. Egyáltalában a legtöbb rákhalál Pozsonyban fordul elő. De vannak városaink, a hol a rákosok száma az átlagon alul marad. Ilyen Szabadka, Versecz, Zombor, Szeged, Kassa, Komárom.

A rákbetegség nagyobb számban támadja meg a nőket mint a férfiakat. Az 1904. évi összeírás szerint az összes rákosok 38-79/0-át teszi férfi, 61-21/0-át nő, az 1901—1904. évi halálzás szerint férfi 44-91/0, nő 55-09/0.

Leggyakoribb a rákbetegség az emésztő szervekben. Gyomorrákban 1901—1904-ig 11,114 egyén halt meg. Utána leggyakoribb a méhrák: ebben négy év alatt 4596 halt meg. Ezt követi a női emlő rákja.

A legtöbb férfi rákos beteg 50—64 éves volt és 55—69 éves korában halt meg; a legtöbb rákos nő 45—54 éves volt és 50—64 éves korában halt meg.

Azon szervekben, a melyek a nikotinnal érintkezésbe jönnek, férfiaknál sokkal gyakoribb a rákbetegség, mint a nőknél. Így 179 ajakrákos férfira 29 nő esik, 359 nyelvrákos férfira 37 nyelvrákos nő stb.

Azt a nézetet, hogy a zsidók nagyobb mértékben volnának a rákbetegségnek kitéve, a statiska nem hagyja helyben. Ezután *Dollinger* a magyar rákstatistikának egy feltűnő eredményére hívja fel a hallgatóság figyelmét. A mint fentebb kiemelte, a négy évi halálzási statiska számai az 1904. évi összeírás számaival 7 1/2-szer mulják felül. Egyes szerveknél a különbség a két statiska számadatai között feltűnő nagy. Így pl. a gyomor- és májráknál 45—49-szer nagyobb a halálzási szám, mint az összeírásé, a veseráknál 31-szer, a gégeráknál 16-szor, a méhráknál 5-ször. Ellenben a női emlő rákjánál a halálzási statiska számai csak 1-8-szor, a bőrrákknál 1-5-szer nagyobb, mint az összeírás adatai, az ajakrákoknál pedig 454 összeírt ajakrákra csupán 207 rákhalál esik, vagyis a 4 év alatt az elhaltak száma 2-1-szer kevesebb, mint azoké, a kiket 1904-ben összeírtak. Ezek épen azon rákok, a melyeket mai napság a leggyakrabban és a legjobb eredménnyel operálnak. *Dollinger* klinikáján az arczárakok 38/0-át, a női emlőrákok 42/0-át és az ajakrákok 72/0-át gyógyították meg úgy, hogy öt év alatt kiújulás nem volt. Minthogy ezen rákokat mások is jó eredménnyel kezelik, ezen csekély halandóság a mellett látszik szólni, hogy az operatív gyógykezelés eredményei már a statisztikában nyerne kifejezést. E feltevést az támogatná, ha e jelenség a német rákstatistikában is ismétlődne. Azonban Németországban az 1900. évi rákstatistikát nem egészítették ki a halálzási statistikával s így ez az összehasonlítás lehetetlen. *Dollinger* ezért Frankfurtban azt ajánlotta, hogy készítsék el utólag a németországi rákhalálzási statistikát. Nagyon kíváncsi volna továbbá, hogy minden statisztikai központ dolgozza fel évenként egységes minta szerint a rákhalálzásra vonatkozó adatokat és azokat tegye közzé, hogy a becses anyag tudományosan értékesíthető legyen.

*Chyzer elnök* előadónak tanulságos előadását megköszönve, az elnöki széket ismét átadja *Dollingernek*.

*Vargha Gyula*, a magy. kir. központi statisztikai hivatal igazgatója, a magyar és a német rákstatistika módszerét és főbb eredményeit hasonlította össze.

A magyar rákstatistika elfogadta a német adatgyűjtés kipróbált módszerét, biztosítván ezzel az összehasonlíthatóságot. De részben tovább is ment, a magyar országos rákbizottság elnökének javaslatára új fontos gyakorlati kérdések is vétettek fel a magyar számlálólappra. Ezenfelül a külön rákstatistikai összeírás lapjain kívül Magyarországon a rákbetegségben elhaltak lapjai is feldolgoztattak, a mi a magyar anyagnak lényeges bővülését jelenti.

A német rákstatistikai adatgyűjtésnél a felhívott orvosoknak 45/0-a nem válaszolt, a magyar adatgyűjtésnél nem egészen egy százaléka. E tekintetben tehát a magyar adatgyűjtés sokkal nagyobb sikert ért el. De ezzel ellentétben a német felvétel aránytalanul több rákos beteget konstatált, a mi arra enged következtetni, hogy vagy az adatszolgáltató magyar orvosok voltak kevésbé lelkiismeretesek, vagy a rákbetegség fordul elő sokkal ritkábban hazánkban, vagy végre arra, hogy a rákos betegek hazánkban sokkal kevésbé veszik igénybe az orvosi segítyt, mint Németországban. A felolvasó adatokkal igazolta, hogy bizonyos fokig mind a három ok fennforog, de legerősebben a legutóbbi: a rákos betegeknek csak egy kis töredéke veszi igénybe az orvosi segítyt, a legnagyobb rész kuruzslókhoz fordul, vagy házi szerekekkel akar megküzdeni a rettentő betegséggel.

Az elrákosodott szervek összehasonlításánál több érdekes különbségre mutat rá, mely a magyar és a német rákstatistika eredményei, valamint a halálzási statiska adatai közt fennforog. Ezekből az adatokból körülbelül meg lehet állapítani, hogy mely szervek rákjai kerülnek leginkább s melyek legkevésbé orvosi kezelés alá. Különösen feltűnő, hogy mennyire elhanyagolják nálunk a gyomorrákot.

A felolvasó továbbá ismerteti azokat az adatokat, melyek a ráknak a foglalkozással és a korral való összefüggését mutatják. Ez utóbbiak különösen tanulságosak, mert itt, a mint az alábbi adatok mutatják, bámulatos törvényszerűség mutatkozik.



Egy millió lakosra esett a megfelelő korosztályokban:

Korcsoport	Magyarországon		Német birodalomban	Poroszországban
	összeirt rákbeteg	rákbetegségben elhalt egyén	összeirt rákbeteg	rákbetegségben elhalt egyén
15—20 éves	2	4	5	14
20—25 "	14	14	9	22
25—30 "	34	42	27	56
30—40 "	150	172	135	237
40—50 "	457	607	477	914
50—60 "	734	1340	816	2438
60—70 "	815	2283	953	4369
70—80 "	911	2419	881	4833

Mig a fiatal korban rákbetegség alig fordul elő, addig a növekvő korról a rákbetegség aránya is folyvást nő.

Végül a felolvasó a rákbetegségben elhaltak számát hasonlította össze a különböző országokban, a legtöbbször húsz évre visszamenőleg, s arra a következtetésre jutott, hogy még ha tekintetbe vesszük is a halálozási statisztika folytonos tökéletesedését, akkor is szinte kétséghatár nélkül fogadhatjuk el, hogy a rákbetegség Európa valamennyi országában folyvást terjed, így az ellene való védekezés is mindegyre fontosabb feladattá válik.

Dollinger elnök az értekezlet nevében az előadónak köszönetet szavaz tanulságos előadásáért. (Folytatása következik.)

**Az Első Leánykiképzési Egyesület m. sz.** Gyermekek- és életbiztosító intézete Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42. sz. Folyó év november havában 1.559.500 k. értékű biztosítási ajánlat nyújtott be és 1.390.400 k. értékű biztosítási kötvényt állított ki. Biztosítási összegek fejében 94.784 k. 68 f. fizetett ki. 1906. január 1.-jétől november 30.-áig beárólag 16.674.600 k. értékű biztosítási ajánlat nyújtott be és 14.489.000 k. értékű új biztosítási kötvényt állított ki.

## PÁLYÁZATOK.

A pécsi a. l. gyermekmenhely másodorvosi állására hirdetett pályázat határideje december hó 20.-án jár le. 4—3

3170/906. sz.

Bihar vármegye nagyszalontai járás Árpád községben lemondás folytán megüresedett körorvosi állásra pályázatot hirdetek, s felhívom a pályázni kívánókat, hogy szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb f. évi december hó 21. napjáig nyújtsák be.

A választást december hó 22.-én fogom Árpád község házában megtartani d. e. 10 órakor.

Javadalmazás: A körhöz tartozó Árpád község részéről évi 700 korona fizetés, Erdőgyarak község részéről évi 500 korona pénzfizetés.

2. Árpád község által természetben kiszolgáltatandó lakás, a melyért azonban 100 korona évi bért tartozik a községnek megfizetni.

3. Szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

4. Kézi gyógytárj védelme. Kötelessége a szegény betegek ingyenes gyógyításán kívül Árpád községben a halottkémlés díj-éllikül teljesítése is.

Nagyszalonta, 1906. évi november hó 30.-án. A főszolgabíró.

2—1

6110/906. sz.

A Simánd, Csintye, Szintye és Zaránd nagyközségekből szervezett simándi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényüket f. évi december hó 21.-éig hozzám annyiival inkább nyújtsák be, mivel a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A körorvosi állás javadalmazása a következő:

1. Évi fizetés, évnegyedenként utólag fizetendő 1200 korona.

2. Szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

3. A székhelyen kívül fekvő községek látogatására természetben kiszolgáltatandó fuvar, vagy ennek megváltása fejében 360 korona, melynek ellenében a kör községeit hetente egyszer köteles a körorvos beutazni.

Igazolt szegények díjtalanul kezelendők.

A megválasztandó körorvos állását a választás jogerőre emelkedéséig

számított 8 nap alatt annyiival inkább elfoglalni tartozik, mivel különben állását megüresedettnek fogom tekinteni.

Megjegyzem, hogy a mennyiben Zaránd, Csintye és Szintye községek, vagy ezek valamelyike a simándi egészségügyi körből kíválnék, a körorvos a kívált községek, vagy községgel szemben semminemű igényt nem érvényesíthet. Kiszámolt, 1906. évi december hó 4.-én.

Csukay Gyula, főszolgabíró.

2501/906. igazg. sz.

A pécsvárosi közkórház elmegyógyászati osztályán lemondás folytán megüresedett másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában előírt minősítéseket, eddigi alkalmaztatásukat, erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal és orvostudori oklevelükkel felszerelt és mélt. Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címzett kérvényeiket hozzám legkésőbb f. hó 20.-áig beküldjék.

A kinevezendő másodorvos évi javadalmazása 1500 korona fizetés, természetbeni lakás és I. oszt. élelmezés.

A körházi alapszabályok értelmében a másodorvosok két évre nevezetnek ki, mely idő az igazgató előterjesztésére egy évvel meghosszabbítható. Oly másodorvosok, kik e idő alatt kiváló szakértelmet, szorgalmat tanúsítottak, a főispán által, a körházigazgató meghallgatásával, illetve annak előterjesztésére véglegesíthetők.

Pécs, 1906. évi december hó 3.-án.

Erreth Lajos dr., kir. tanácsos, körházigazgató.

3250/906. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kis-Küküllő vármegye hosszúaszói járásához tartozó mikeszési körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

1. 1200 kor. fizetés havi előleges részletekben.

2. 240 kor. lakbér Mikeszéssa községtől.

3. A szabályrendeletileg megállapított látogatási, vényírási, halottkémlési és vágóbiztosi díjak. Az állás nyugdíj jogosultsággal van egybekötve.

A megválasztott körorvos a körhöz tartozó 11 községet köteles havonként egyszer meglátogatni, mely alkalmakkor minden községtől 2 korona fuvardíj felvételére jogosult.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §., illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi december hó 17.-éig hozzám nyújtsák be.

A választást f. évi december hó 18.-án d. e. 9 órakor Mikeszéssa község körjegyzői irodájában fogom megtartani.

Hosszúaszó, 1906. évi november hó 30.-án.

2—1

Gyárfás, főszolgabíró.

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

**Salvator**



kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és kösvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

**Húgyhajtó hatása!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkezelőházakban vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

**Pilul. ferri protoxalati c. quassin „Korányi“.**

Javalt: mindazon esetekben, midőn vas adagolása ajánlatos, vagyis vérszegénység, sápkór, reconvalescentia, női bajok, stb. Quassin-tartalmánál fogva a gyomorra nem bolyg káros, hanem étvágyjavító hatása van. Használat: Étkezés közben naponta 3—6 szem veendő. Ár 2 korona.

Készítője: KORÁNYI LAJOS gyógyszerész, BUDAPEST, VIII., Népszínház-utca 22.

Orvos uraknak minták kívánatra rendelkezésre állanak.



Vas- és phosphortartalmú tápláló- és erősítő szer.

Körülbelül 90% vízben oldódó és felbontott fehérjeanyaggal

Jelentékeny haemoglobin és vörös vérsajt-szaporodást idéz elő.

Fokozza az étvágyat, növeli a testsúlyt és erősíti az idegeket.

Számos orvos urak kívánságának engedve, hogy készítményeink szegényebb betegek részére is rendelkezhető legyenek, készítményeinket az eddigiek mellett egy

új, egyszerűbb és olcsóbb csomagolásban

is forgalomba hoztuk.

25 gm. pornak ára ily olcsóbb csomagolásban csak 1.— kor. 50 drb. pastilla a 0.5 " " " " 1.50 kor. 50 " " a 0.25 " " " " —.85 fill.

Minden gyógyszertárban kapható.

Irodalom és minták az orvos uraknak ingyen rendelkezésükre állanak.

**Fersan-Werk:**

**JOD-FERSAN-pastillák**

Jod-Fersan-csekeledő gyermekpastillák

Wien, IX., Berggasse 17.

**PILO JÁNOS BUDAPEST.**



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

**Mellékletei:** SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarzi Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Korányi Sándor: A gyomorcarcinoma korai diagnózis. 1117. lap.

Heim Pál: Közlemény az Irgalmasrend budapesti kórházából. Heveny idiopathikus börgangraena a csecsemőkori. 1119. lap.

Veszprémi Dezső: Közlemény a kolozsvári kir. tud.-egyetem kórboncztaui intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr. egyetemi tanár.) Bacillus fusiformis-szal, spirochaeta g. acilis-szal és cladothrix putredogenes-szel végzett tenyésztési és átkísérletek. Adatok a kísérleti gangraena bakteriológiájához és histogenesiséhez. 1121. lap.

Tárcza. Kóssa Gyula: Adatok a sebészet magyarországi történetéhez. 1124. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. P. Rodari: Grundriss der medikamentösen Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. — Prof. Nolda: Über die Indicationen der Hochgebirgskuren für Nervenranke. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Munter: Lázás fertőző bajok hydrotherapiája. — Gyógyyszer- tan. Cloetta: A digitalis cumulativ hatása. — Hollstein: Migrophen. — Schuftan:

Phenylform. — Singer: Cascoferrin. — Belorostan. Clarke: Salicylsav nagy adagai heveny ízületi gyulladásban. — A. Chaplin: Broncheectasia gyógyítása. — Blum: Angina ulcerosa typhosa diagnostikai jelentősége. — Samuely: Idült székrekedés. — Idegkórtan. Claude és Rose: A bénulás hysteriás természetének felismerése. — Sebészet. Jacobson és Pease: A tetanus serumtherapiája. — Blake: Magnesiumsulfát intraspinalis injectioja tetanuskezelésnél. — Sudek: Aetherbódulat technikája. — H. Küttner: Epityphlitiszerű kórképek a hasi szervek kimutatható kóros elváltozása nélkül. — Orthopaedia. Lange B.: Dongaláb gyógykezelése. — Gyermekorvos. Marfan: Veleszületett angolkór. — Comby: Barlow-kór. — Escherich: Hirschprung-féle betegség. — W. Hull Birchmore: Pseudouraeamia. — Böhm: „Perhydrase-tej”. — Bőrkórtan. L. Loew: Leukoderma syphiliticum. — M. Weisz: Tejsavval és napfényvel kezelt gümös fekély. — Húgyzervi betegségek. M. Pasteau: A kankó szövődményei. — P. de Sard: Vibrációs massage. — M. le Für: Prostatabántalon nyomán támadó ízületi és csúzos jelenségek. — Venerés bántalmak. E. Finger: Majmok syphilise. — Hébert: Stoma'itis mercurialis kezelése methylenkével. — Orr-, torok- és gégebajok. Lermoyez: Az ozaena fertőző volta. — Fül- és orrvostan. Haug: Novocain alkalmazása a fül- és orrvostanban. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Vietinghoff-Scheel: Enuresis nocturna. — Sessmann: Asthmakarbon. — Rothschild: Pruritus vulvae. — Körner: Tussis convulsiva meggyógyulása tracheotomia után. 1126—1131. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 1132. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 1133—1137. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A gyomorcarcinoma korai diagnózis.¹

Irta: Korányi Sándor dr. ny. rk. tanár.

A carcinoma miatt végzett gyomorműtétek az esetek túlnyomó nagy többségében elkesettek. Krönlein szerint átlag a betegség klinikai kezdetétől számítva a 10. hónapra esnek. Minthogy a nem operált esetekben átlag a 12. hónapban következik be a halál, a betegségnek  $\frac{5}{6}$  része elmúlt, a mikor az egyedül lehetséges gyógyítási mód megkísérlésére kerül a sor. Ennek az állapotnak egyik oka kétségtelenül a betegek indolentiája, a másik azonban az, hogy a gyomorcarcinoma biztos diagnózis a tumor tapinthatóvá válásával kezdődik, a mikor az operatio többnyire már elkészt. Mindnyájan megegyezünk abban, hogy a műtét akkor nyújtana több kilátást a sikerre, ha a tumor tapinthatóvá válása előtt történnék, a miből az folynék, hogy betegeinknek az operatiót valószínűségi diagnózis alapján kellene ajánlanunk. Mindenütt találkozunk olyan esetek leírásával, a melyekben ez az eljárás jogosultnak látszik: a rák korában levő ember, a kinek addig egészséges gyomra dyspepsiássá válik, a kinél lassanként szenved a gyomor motilitása, romlik az általános állapota, eltűnik próbareggeli után a szabad sósava és helyette megjelenik a tejsav, ez az ember megérett a próbalaparotomiára. A praxisban azonban többnyire azt látjuk, hogy a próbalaparotomiát halogatják, halogatják addig, míg végre megjelenik a tumor, többnyire addig, a mikor a műtét már megkészt. Szigorúan elítélendő hiba történt-e ilyenkor, vagy nem? Erre a kérdésre nemmel felelnék, nemmel azért, mert a próbalaparotomia indicatioi még mindig nincsenek olyan élesen

formulázva, hogy a gyakorló orvos eljárását elég határozottan irányíthassák.

Ennek a határozatlanságnak okaival óhajtok foglalkozni és meg fogom próbálni azon út megjelölését, a melyen haladva, mai helyzetünkől kiszabadulhatunk.

Tegyük fel, hogy eddigi tapasztalataink feldolgozásának a módja garantiát nyújtana a felől, hogy a mindenütt vázolt esetben a carcinoma ventriculi diagnózisának valószínűsége eléri a 90%-ot. Ha mi klinikusok csak azért állítanánk fel diagnózist, hogy a sectioban meglepéssel lássuk tudásunk megbízhatóságának próbáját, e valószínűséggel talán meg is lehetne elégedni. De ha a diagnózis ezélja a gyógyítás útjának a kijelölése, ez a valószínűség teljesen elégtelen. Mert mi történnék, ha minden beteget megoperáltatnánk, a kinél 90%-nyi valószínűséggel vehetünk fel gyomorrákot? Száz beteg közül hiába operáltatnánk meg tizet. A többi 90 közül néhányan belehalnának a műtét közvetlen következményeibe, soknál arról győződne meg, hogy a daganat nagy és csak azért nem volt tapintható, mert a tapintásnak kevésbé hozzáférhető helyen feküdt. Ezen esetekben a daganatot nagysága, másokban összenövésai, ismét másokban elhelyezésük miatt nem lehetne kiirtani. A kiirthatók egy része mellett látható és nem látható metastasisok hiúsítanak meg az operatio eredményét. A hátramaradó esetek egy részében előbb-utóbb bekövetkező recidiva mutatná meg, hogy az operatio nem történt mindenütt ép szövetben és mindezek levonása után elérnénk talán néhány fényes eredményt, azon az áron, hogy minden tizedik beteget hiába vittünk bele a laparotomiába! Az orvos elhatározása tehát akkor is rendkívül nehéz volna, ha tudná, hogy diagnózisának valószínűsége eléri a 90%-ot, de ő ezt sem tudhatja, mert akárhány ezerszer is vizsgálták eddig világszerte a carcinoma-gyanús betegeket, még mindig nem rendelkezünk olyan anyaggal felett, a melynek alapján diagnózisunk valószínűségét megbecsülhetnénk.

¹ Előadás az országos rákértkezőlet 1906. november 15.-én tartott ülésén.



Keresztüldolgozva magunkat a kérdésünkkel kapcsolatos irodalmon, tetszésszerűen nagyságú anyagot állíthatunk össze, ha azt akarjuk megtudni, hogy gyomorráknál milyen gyakran hiányzik a próbareggeli után vett gyomortartalomból a szabad sósav. Tegyük fel, hogy a gyomorrák a gyanújelének gyakorisága közel 80% volna. Mi hasznát vehetné ennek az adatnak a diagnostica? Szinte félve mondom ki azt az igazságot, annyira ellentétben áll az általános felfogással, hogy ez az adat *egymagában* nem értékesíthető. Ez az adat feljogosítana arra, hogy biztosan gyomorrákos betegnél következtetést vonjunk a sósavhiány valószínűségére. De nekünk éppen az ellenkező következtetésre van szükségünk. Mi azt tudjuk, hogy betegünknek hiányzik a szabad sósav, és azt akarjuk tudni, hogy *a gyanújel milyen fokú valószínűséggel szól rák mellett. Ehhez azonban egészen hiába tudjuk a sósavhiány gyakoriságát ráknál, helyette azt kellene tudnunk, hogy a sósavhiányos betegek hány százaléka rákos.* Hiába kutatunk az irodalomban olyan nagyobb anyag után, a mely e kérdésre választ adna. Nagy gyakorlati jelentőségű dologról van szó. Azt hiszem, igen fontos szolgálatot tenne az ügynek orvosegyesületünk rákbizottsága, ha kezébe véve a kezdeményezést, nagyobb kórházi osztályaink vezetőit *egyöntetű* és azért összefoglalható eredményeket biztosító anyaggyűjtésre szólítaná fel. A vizsgálat nagyjában a következő módon történhetné. Minden chronikus progressiv dyspepsiában szenvedő, és a rák korában levő emberen különbség nélkül keresendők volnának a rák gyanújelei. Az anyagot a tünetcsoportok szerint kellene osztályozni és minden osztályban megállapítani a rák gyakoriságát, úgy, a hogy azt a mindjárt, vagy esetleg csak később mutatkozó tapintható daganat, esetleges operatio vagy bonczolás alapján megállapítani lehet.

Nagyjában láthatjuk, hogy milyen eredmény várható ilyen vizsgálatok után, *Ehret*-nek 1898-ban közölt anyagából. A mi szempontunkból ez a munka a legbecsesebb mindazok közt, a melyeket ismerek, és azért eredményeivel behatóbban foglalkozom. A *Naunyn* klinikáján jelentkezett 187 idült gyomorbetegre vonatkozó adatokról van szó. Közülük *Ehret* kizárta a gyomorfekélyeseket. A 187 közül 104 rák, 83 más idült gyomorbaj volt. E szám mutatja, hogy az olyan idült gyomorbeteg, a kiknek állapota elég súlyos ahhoz, hogy kórházba menjenek, az eseteknek több mint felében carcinomások. 187 eset kevés a fennforgó kérdések megoldására. Célom nem is az, hogy végleges eredményeket mondjak el, hanem az, hogy demonstráljam a feldolgozás módját és e helyesen feldolgozott anyagból levonható következtetések minőségét. Ezt nem tehetem másképp, mint ha az esetek számának elégtelenségétől *egyelőre* eltekintek.

#### *Ehret* eseteiben:

	ráknál	nem ráknál
a <i>Boas-Oppler</i> -féle hosszú bacillus gyakorisága	24%	5%
a tejsav gyakorisága . . . . .	59%	39%
a sósavhiány gyakorisága . . . . .	76%	18%
a motorius insufficiencia gyakorisága . . . . .	85%	82%

Tehát a ráknál leggyakrabban a hosszú bacillus, leggyakoribb a gyomortartalom pangása. A ki ebből azt következtetné, hogy a rák diagnosisa szempontjából a legkevésbé fontos az előbbi, a legfontosabb ellenben az utóbbi, az nézze meg e tünetek gyakoriságát nem ráknál: ott — a sósavhiány kivételével — nagyjában ugyanazt a gyakoriság szerint emelkedő skálát látja, mint ráknál és kénytelen lesz belátni, hogy az anyag ilyen összeállítása alapján a rák gyanújeleinek értékét megismerni nem lehet. A helyes feldolgozás módja a következő: 100 rákra esik 80 nem rák. 180 vegyes eset közt van 24 + 4 (80 eset 5%-a) = 28 olyan, a melyben hosszú bacillus uralkodik a gyomortartalomban. E 28 eset közt van 24 rák. Tehát a hosszú bacillusos esetek 86%-a a gyomorrák. Így számítva ki a gyanújelek értékét, ez a következőnek mutatkozik.

Gyanújel	A gyomorrák valószínűsége jelenlétében	hiányában
Hosszú bacillus . . . . .	86%	50%
Sósavhiány . . . . .	84%	28%
Tejsav . . . . .	67%	40%
Motorius insufficiencia . . . . .	58%	44%

E számok helyességének feltétele, hogy a kórházi ápolásra szoruló elég súlyos nem rákos dyspepsiák száma a rákosokéhoz csakugyan olyan viszonyban álljon, mint 80 a 100-hoz.

E szerint tehát a rák leggyakrabban gyanújelének jelenléte, a hosszú bacillusé, volna a valószínűségi diagnosissal aránylag legmegbízhatóbb, a leggyakrabban előforduló motorius insufficiencia pedig a legmegbízhatatlanabb alapja.

Sokkal értékesebb összeállításához jutunk, ha nem egy tünet értékét vizsgáljuk, hanem egy-egy tünetcsoportét. A mennyire *Ehret* anyaga ilyen szempontból feldolgozható, az a következő eredményre vezet. Az eredmény feltüntetésénél a valószínűséget nem számokkal, de szavakkal fejeztem ki, hogy kerüljem az olyan exactság látszatát, a mely csak sokkal nagyobb anyaggal volna elérhető.

#### A hol *Ehret* adatai alapján a rák valószínűsége

0—10 %	a rák diagnosisa nagyon valószínűtlen
10—40 %	„ „ valószínűtlen
40—60 %	„ „ kétes
60—90 %	„ „ valószínű
90—100%	„ „ nagyon valószínű.

#### A gyomorrák diagnosisa:

	szabad sósav	Tejsav	Hosszú bacillus	Rövid bacillus	Sarcina
nagyon valószínűtlen, ha . . . . .	+	±	±	±	—
valószínűtlen, ha . . . . .	—	±	—	—	—
kétes, ha . . . . .	+	—	—	—	+
valószínű, ha . . . . .	—	+	—	+	—
nagyon valószínű, ha . . . . .	—	±	+	—	—

Egyelőre jobb táblázatot adni nem lehet. Ezt talán majd a rákbizottság kezdeményezésére végzendő munka fogja lehetővé tenni. A mit e táblából mint fontosat kiolvashatunk, az a következőkben foglalható össze:

1. A rák valószínűsége a szabad sósav hiányával kezdődik, ha a sósavmentes gyomortartalom hosszú bacillusokat vagy rövidket tartalmaz. Nagyon kevés bakterium jelenlétében a rák akkor sem valószínű, ha a szabad sósav hiányzik. A rák majdnem biztosá válik, ha a gyomortartalom hosszú bakteriumokat tartalmaz. Ez esetben mindegy, hogy kimutatható-e tejsav vagy nem. A valószínűség valamivel kisebb, ha nem hosszú, hanem rövid bacillusok uralkodnak a gyomor florájában. Ekkor a valószínűséget tejsav jelenléte fokozza.

2. Ha szabad sósav van, a rák diagnosisa valószínűtlen vagy kétes. Ha szabad sósav van, bakteriumok hiányzanak, a rák majdnem kizárható. Ha szabad sósav is van, tejsav is, a rák még valószínűtlenebb, mint ha csak szabad sósav van. Ha hosszú bacillusok szabad sósav mellett fordulnak elő, nagyon rák ellen szólnak. Ha szabad sósav mellett sarcinák vannak a gyomortartalomban, az eset kétségesé válik. Az ilyen eseteknek körülbelül fele rákos.

A sarcinás rákok képezik azon esetek legnagyobb részét, a melyek ulcusos alapon fejlődve, nagyon soká nem vetnek véget a szabadsósavkiválasztásnak. Ezen esetek felismerésére *Gluzinski* ajánlott egy módszert, a mely a következőkből áll. Reggel éhgyomorra kiürítjük a beteg gyomrát. Azután próbareggeli után  $\frac{3}{4}$  órával, és ugyanazon a napon egy beefsteak elköltése után 4 órával ürítjük ki a gyomrot. A három gyomortartalom mind-egyikét megvizsgáljuk szabad sósavra. Ha akármelyikük is sósavmentes, a volt ulcusos beteg rákosnak tekintendő. Ezen az alapon *Rydygier* olyan ulcusos szűkületet írthatott ki mint rákosat, a melyben csak a mikroskoppal lehetett a rákot felismerni. Sajnos, ez a lehető legkorábbi eset is recidívában halt meg, 17 hónappal a műtét után! Ez azonban mit sem változtat azon a tényen, hogy minden volt ulcusos beteg a carcinoma gyanúja szempontjából a valószínűleg rákos kategóriába kerül, ha olyan vizsgálati módnál, a mely mellözi a pangás ingerét az éhgyomor kiürítése útján, és a beefsteak alakjában a próbareggelinél erősebb ingert, de egyúttal nagyobb szükségletet is igénybe vesz, azt látjuk, hogy a gyomor savelválasztó képessége csökkent. A szabad sósavas, idült dyspepsiás eseteknek csak a negyedrésze rákos. A szabad sósavas és sarcinás eseteknek a fele az. Azon eseteknek még sokkal jelentékenyebb része rákos, a melyekben a szabad sósav *Gluzinski* próbáinak valamelyikében hiányzik.



Az eddig tárgyalt tünetek gyenge oldala a köztük fennálló oki összefüggés és azoknak azon tulajdonsága, hogy nem a ráktól, hanem az azt kísérő catarrhustól függenek. A catarrhus apasztja a sósavkiválasztást. Ennek csökkenésével változik át a gyomortartalom florája. A hozzájáruló pangás teszi a tejsavas erjedést lehetővé. Valószínűségi táblázatunk alig jelent mást, mint hogy minden idült progressiv gyomorcatarrhusnál gondolni kell rákra és hogy a rák gyanúja annál alaposabb, minél előrehaladottabbak a catarrhus tünetei. A catarrhus legsúlyosabb alakja alig fordul elő másnál, mint gyomorráknál.

A gyomorrák tanulmányozására fordított rengeteg munka szerény eredménye azonban igen értékes tehető, ha a catarrhus-tünetekhez egyebeket is csatolunk.

A rák pylorusszűkületet okozhat, a catarrhus maga nem.

A rák kifeléyesedik, vérzik, genyed, a szervezetből fehérjét juttat a gyomorba.

Lássuk először a pylorusszűkületet. Ennek bizonytalan értékű tünetei az általa okozott gyomorgöresök és egyetlen biztos tünete a gyomor fokozott peristaltikája. A fokozott peristaltikát keresni kell, ha gyakran akarjuk felismerni. Ne várjuk a nagy, messziről látható peristaltikus hullámokat. A hanyattfekvő beteg hasának magasságáig hajolva le, nézzük, hogy a gyomortájon vannak-e, habár kiscokú, de látható lassú emelkedések, a melyek egy darabig fokozódnak, azután lassan, kis besüppedésbe mennek át és a melyeket sokszor a beteg által érzett, néha hallható, vagy a pylorustájon esetleg tapintható korgás kísér. Fokozott peristaltika ellenére kimutatott pangás mechanikus kiürülési akadály jele. Minden idetartozó eset operálandó. *Kraske* azt hitte, hogy ezek az operációk korai rákműtétekre fognak alkalmat szolgáztatni. Ha ez talán egyszer-máskor elő is fordult, *Kraske* reménye még sem teljesült. *Mikulicz* anyagán *Borrmann* kimutatta, hogy a gyomorrák rendszeren a curvatura minoron 2—4 cm-nyire a pylorustól kezdődik. A halál bekövetkezésekor már rendszeren elérte és körülötte a pylorust. A boncolásokból levont eredménye e tényen alapuló tévedés. Mire a carcinoma a pylorusig érve, szűkületet okoz, az eset többnyire már nem korai.

A rák kifeléyesedik, foszlik. Foszlanysai többnyire véralvadékokba zárva kerülnek a gyomortartalomba. Ha megtaláljuk ezeket, a beteg sorsa eldőlt, de ritkán találjuk meg és épen azért talán nem is keressük azokat elég következetességgel.

A kifeléyesedő rák vérzik. A vérzés lehet az ismert nagy rákos vérzés. Mint ilyen rendszeren késői tünet. Korai tünet lehet azonban az ú. n. occult vérzés, a melynek jelentőségét *Boas* mutatta ki. A vért először a bélsárban keressük. Erre vannak olyan methodusaink, a melyekkel kimutathatjuk ép ember bélsárában a vért, ha az 10 csepp vért fogyasztott el; de ezek a próbák pozitív eredményre vezetnek, ha a beteg húst evett, ha széke bizonyos fermentumokat tartalmaz, stb. Azt hiszem, túlságos érzékenységgük aggodalmas. Helyettük a kevésbé érzékeny *Weber*-féle próbát ajánlom. 3 cm<sup>3</sup> vér elfogyasztása után ép embernél ez is pozitív, különben, és ez a fontos, mindig negatív. Jégezetel eldörzsöljük a bélsarat. Azután kimossuk aetherrel. A leülepedés elősegítésére alkoholt adunk hozzá. A szűrlethez guajactincturát és terpentint teszünk. A keveréket kirázzuk chloroformmal. A chloroform megkékülése vérzést jelent.

Occult vérzés előfordul gyomorráknál, ulcusnál, egyszerű súlyos gastritisnél stb., forrása a bélhuzamban is lehet. Az utóbbi kizárására *Weber*-próbával vizsgáljuk a gyomortartalmat is. Itt hibaforrássá válhatik a sonda által esetleg okozott kis vérzés, vagy az, ha épen akkor nem vérzett a rák, a mikor a kivett gyomortartalom meggyült. Mindezek folytán az occult vérzés nem nagyon értékes mint a rák gyanújele. De gyomorráknál az occult vérzés következetesen nem igen hiányzik és ebben rejlik keresésének becsé. Az a rákgyanús eset, a melyben a bélsár ötszöri, tízszeri vagy még gyakoribb vizsgálat ellenére állandóan vérmentesnek mutatkozik, majdnem biztosan nem rák.

A rák felülete genyed. Róla a genysejtek a nyálkába kerülnek. Ha éhgyomorral következetesen találunk nyálkába ágyazott genyet a gyomorban, a rák *Cohnheim* szerint majdnem bizonyos. A légutakból származó, lenyelt nyálkás geny csak figyelmen kívül teveszthet meg. Ezt felismerhetővé teszik a vele járó lapos és „alveoláris” hámsejtek, myelinszemcsék, stb.

Fontosabb ennél *Salomon* módszere. Célja annak a megállapítása, jut-e a gyomorba fehérje a szervezet felől. A vizsgálat előtti nap reggelén a beteg tejet kap. Azután fehérjementes folyadékokkal: teával, kávéval, bouillon-nal stb. csillapítjuk az éhségét. Este teljesen tisztára mossuk gyomrát. Reggel éhgyomorral 400 cm<sup>3</sup> 0.5%-os konyhasóoldattal öblítjük ki. Az öblítő folyadék 100 cm<sup>3</sup>-ében ép gyomrú embernél sohasem foglaltatik 16 mgm.-nál több nitrogen (*Kjeldahl* szerint meghatározva) és az Essbach reagensével legfeljebb opalizál. Gyomorrákosoknál a folyadék nitrogentartalma 10—70 mgm., fehérjetartalma Essbach szerint meghatározva  $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{200}$ . Ulcusnál és súlyos gastritisnél is előfordulhat ilyen nitrogen- és fehérjetartalom, de a ráknál, úgy látszik, sohasem hiányzik. Tehát az a rákgyanús esetet, a melyben *Salomon* próbája negatív eredményhez vezet, nem szabad rákosnak tekinteni.

Persze mind e módszerek csak valószínűségi diagnosztika eszközei lehetnek. A ráknak olyan specifikus reagense, mint a milyen a tuberculin a tuberculosisban, nincs. Annál fontosabb *Rieder* és *Holzknecht* módszere, a kik nagy bismuth-tömegekkel Röntgen-átvilágítással láthatóvá teszik a tumor egyenetlenségeit. E vizsgálatokhoz kitűnő berendezés kell, a mely felett még nem rendelkezünk. Vele, ha igazi korai diagnosztikát bajosan is fogunk elérni, diagnosztikáinkat mégis csak korábbivá fogjuk tehetni, mint ma.

Az elmondottakból levonható gyakorlati következtetéseket a következőkben foglalom össze:

Operatio indikált minden olyan esetben, a mikor gyomordaganatot tapintani vagy *Rieder* és *Holzknecht* módszerével látni lehet, vagy ha a gyomortartalomban rákos foszlányokat találunk.

A próbalaparatomia kérdése felmerül minden a rák korában kifejlődő progressiv dyspepsiánál, ha próbareggeli után a szokott módon végzett vizsgálatnál hiányzik a szabad sósav és a gyomortartalom bakteriumflorája bőséges, különösen, ha a hosszú bakteriumok uralkodnak benne. A kérdés felmerül olyan esetekben is, a mikor előrement ulcus után szabad sósav próbareggeli után ugyan van és a gyomortartalomban sarcinák uralkodnak, de *Gluzinski* valamelyik próbája a sósavválasztás csökkenését árulja el. A próbalaparatomia határozottan contraindikált minden olyan esetben, a melyben a *Weber*-féle próba negatív eredménye kizárja a vérszivárgást és *Salomon* próbájának negatív eredménye kizárja azt, hogy a gyomorba fehérje jut a szervezetből. Ezek a contraindicációk nagyon fontosak. Tekintetbevételükkel a rákra nagyon gyanús esetek közül a legtöbb nem rákosnak kiválasztása sikerülni fog és ezen az alapon közelebb juthatunk valószínűségi diagnosztikánk oly fokú megbízhatóságához, a melynél a próbalaparatomia kérdésével komolyabban foglalkozhatunk mint eddig. Ezen szabályokat követve, a próbalaparatomiából még mindig ki fogunk zárni néhány nem vérző esetet és talán még mindig meg fog történni, hogy néhány súlyos, vérzéssel és fehérjekiválasztással járó gastritis műtetre kerül, de kétségtelen, hogy e szabályok követésével a lehető tévedések számát lényegesen megszoríthatjuk, természetesen azon az áron, hogy nagyon korai eseteknek felfedezéséről a próbalaparatomiák gyakori végzése alapján lemondunk. E lemondás azonban inkább csak képzelt, mint igazi, mert hiszen nagy bizonytalanságunk érzésében eddig a laparatomia többnyire még akkor is elmaradt, a mikor a kifejtett indiciók alapján a végrehajtása megengedhető lett volna.

## Közlemény az Irgalmasrend budapesti kórházából.

### Heveny idiopathikus börgangraena a csecsemőkorban.

Irta: *Heim Pál* dr., kórházi főorvos.

A csecsemőkorban, ép úgy mint a későbbi gyermekkorban és a felnőtt korban, különböző okokból jelentkezhetnek börgangraenák. Így gangraenát okozhatnak a kémiai anyagok, különösen carbol vigyázatlan alkalmazása, azután égés, fagyás; mérgezések, mint pl. az ergotinmérgezés, és végre az idegbetegségek, a milyen a *Raynaud* kór, a gangraena symmetrica. Ezen relative ritka esetektől eltekintve a gyermekkorban ismerjük egy speciális börgbetegségét, a disseminált börgangraenát. A francziák két alakját különböztetik meg, a postulcerosust és az infectiousust.



Az első esetben a gangraena valamely bőrlulcerationak a következménye. Varicella, impetigo-hólyagok, bullosus eczemák stb., kellő gondozás és tisztántartás hiányában, ha kaparásnak, nyomásnak vannak kitéve, átmehetnek gangraenába. Az infectious disseminált gangraenánál láz, nyugtalanság vagy levertség tünetei mellett a bőrön elszórtan hólyagok jelentkeznek, a melyek másnap megrepednek, a levált epidermis alatt a nekrotizált derma látható, a mely a következő napokban demarkálódván, kis ulceratiót hagy a helyén. A gangraenás plaque-ok mindig nagyobb számban, elszórtan jelentkeznek a bőrön, a nagyságuk babnyi vagy krajcárnyi.

A most említett esetek egyikéhez sem tartozó bõrgangraena három esetét volt alkalmam az utolsó két év alatt észlelhetni. Eseteimben teljes jólét és jó közérzet mellett mind a három esetben a lábon, minden kimutatható ok nélkül, majdnem gyermekenyi gangraena támadt. A gangraena a közérzetet egyáltalában nem zavarta, és megfelelő kezelés mellett gyorsan gyógyult. Mindig csak egyetlen egy gangraena jelentkezett.

A három eset története röviden a következő:

R. L. három hetes csecsemő, anyjának második gyermeke. Az első két éves, erős, egészséges gyermek. Sem tuberculosis, sem lues a családban nincs. Rendes szülés. A csecsemőt az anyja maga szoptatja három óránként. 16 napos volt a csecsemő, a midőn anyja észrevette, hogy a bal lábszára alsó harmadának külső felében körülbelül krajcárnyi területen fekete a bőr. A fekete folt alakja kissé hosszúkas volt, környezete piros. Az anyja a leghatározottabban állítja, hogy pár órával azelőtt, a mikor tisztába rakta gyermekét, nem volt a lábán semmi. A folt igen gyorsan növekedett, másnap már kétszer akkora lett, és harmadnapra elérte végleges nagyságát, a mely körülbelül gyermekenyi. Mindez teljes jó közérzet mellett történt, sem láz, sem nyugtalanság, sem bélzavar nem állott fenn. Az anyja ekkor orvosnak mutatta meg a csecsemőt, ki hideg borogatást rendelt a lábra. Ujabb két nap múlva lelkődött a fekete terület és mély fekély maradt vissza. Az anyja ekkor a kórházi rendelésen bemutatta a csecsemőt 1904. november 3.-án.

A három hetes, igen jó fejlett gyermek testsúlya 3640 gm. Hőmérséke  $36.7^{\circ}\text{C}$ . A tüdő, bélrendszer részéről semmi rendellenesség. A köldök teljesen rendben, a hatodik napon vált le, és sem lobosság, sem nedvezés nem volt sohasem konstatalható. A bőr is teljesen rendben van. A bal lábszár külső oldalán, 3 cm.-rel a boka felett, igen éles szélekkel bíró mély fekély. A fekély alakja kissé szabálytalan ellipszis. Leghosszabb átmérője 8 cm, legnagyobb szélessége  $4\frac{1}{2}$  cm. A fekély szélei igen élesek, mintha vésővel lennének kifaragva, nem aláváltak. A fekély alapját igen kevés genyes váladék borítja, és szabadon fekvő izom alkotja. A bőr a fekély körül nem piros, a fekély szélei kemények, beszűrődtek, de ezen beszűrődés nem terjed a környező bőrre, hanem a fekély széleire lokalizálódott. Xeroformra és lapiskanőcsre 11 nap alatt igen gyorsan, igen szépen begyógyult a fekély. Ezen egész idő alatt sem láz, sem nyugtalanság nem volt konstatalható.

2. R. M. hat hónapos, mesterségesen táplált leánygyermek. Első gyermek. Három hónapos koráig anyja szoptatta, azóta tejet és Nestlé-lisztet kap. Naponta 1–2 jó széke van. Két hét előtt reggel a fürösztésnél vette észre az anyja, hogy a jobb lábszár külső részén koronányi folt van a bőrön. A gyermek teljesen nyugodt volt. Nyomásra, érintésre a folt nem volt fájdalmas. Az anyja a foltot határozottan keménynek mondta. A folt gyorsan nőtt, pár nap alatt elérte végleges nagyságát, a mely tyúktojásnyi volt. Három nap előtt a fekete kemény pörk fűrés közben egyes helyeken emelkedni kezdett. A bemutatás napján oly erősen meglazult volt, hogy az anyja kiemelte, de ekkor vérzés támadt, mire az anyja a kórházba hozta gyermekét 1906. szeptember 7.-én.

A hat hónapos leánygyermek igen sápadt, kutaesa erősen nyitott, kisfokú craniotabes, foga még nincs. A mellkason olvasószzerűleg megvastagodott bordaperczek. Ülni még nem tud. A tüdők, szív, bél részéről semmi kóros tünet. A bőr is teljesen normális. A jobb lábszár külső felében  $4\frac{1}{2}$  cm.-nyire a boka felett tojásdad alakú fekély. A fekély szélei igen élesek, a bőr körülötte vékony szegélyben infiltrált, kissé belövelt. A fekély alapján a széleken kevés genyes váladék, a középen fillérnyi vérzékeny terület. A fekély hossza 6 cm., szélessége 3 cm. Alapját

a bőr alatti kötőszövet alkotja. Xeroformra és lapiskanőcskezelésre 23 nap alatt teljesen begyógyul.

3. A. J. kilencz hónapos leánygyermek, harmadik gyermek. Az első gyermek öt éves, él és egészséges. A második hat hónapos korában bélhurutban elhalt. Ezen gyermeket is az anyja szoptatja. Hat hónapos koráig kizárólag emlőt kapott, hat hónapos korától húsleves és egyszer tejet a szopáson kívül. Állítólag sohasem volt beteg. Bélzavarokban sem szenvedett. Négy nap előtt észrevette az anyja, hogy a bal lábháton, a lábnak a láb-szárba való átmeneti helye alatt közvetlenül krajcárnyi fekete folt van. Az anyja leghatározottabban állítja, hogy az előbbi napon e helyen semmi rendellenesség nem volt. A folt gyorsan nőtt, másnap elérte végleges nagyságát. A gyermek kissé nyugtalanabb volt e két napon, de sem láz, sem étvágytalanság, sem a bél részéről kóros tünet nem jelentkezett. A betegség ötödik napján, 1906 szeptember 27.-én mutatta be a kórházi rendelésen az anyja a gyermeket.

A kilencz hónapos leánygyermek igen jól fejlett. Testsúlya 8740 gm. Hőmérséke  $36.9^{\circ}$ . Arcszíne igen jó. Kutacsa normális. Négy foga van. Jól ül, kezénél fogva áll. Rhachitisnek nyoma sincs. A tüdő, szív, bélrendszer normális.

A bal lábháton a lábszára átmenőleg gyermekenyi fekete folt. A fekete foltot pánczélszerűségű fekete tömeg alkotja. A környező bőr kékespiros, infiltrált. Nyomásra nem jelez fájdalmat a gyermek, ellenben ha állítani akarják, kimélni látszik a beteg lábát. A további lefolyás ismeretlen, mert az anyja elmaradt a rendelésről, vidékre távozván.

A mint láthatjuk, mind a három esetben a lábszáron körülírt gangraena támadt a bőrben, a mely mondhatni óráról órára nőtt, s csakhamar elérte végleges nagyságát. Mindegyik esetben a legaprólékosabban kikérdeztem az anyát, hogy nem vezethető-e vissza valami traumatikus behatásra a gangraena jelentkezése, de ezt mindig a leghatározottabban tagadták. A harmadik esetben már régebb idő óta ismertem az anyát, a ki másik gyermekével többször kereste fel kórházi rendelésemet és gondos, megbízható asszonynak mutatkozott. Ő is a leghatározottabban állította, hogy gyermekével semmi olyan nem történt, a mi betegségének oka lehetne.

Hasonló esetet az irodalomban csak három találtam.

*Stoffsegen*<sup>1</sup> esetében magzatvíz nélkül nehezen született csecsemő lábszárain és alkarján gangraenák támadtak. Az ok valószínűen az uterus erős nyomása volt. *Leopold*<sup>2</sup> esetében a 2. héten a két lábszáron symmetrikus gangraena támadt. A csecsemő elhalt és a boncolat az aorta abdominalis thrombosisát mutatta. *Hochsinger*<sup>3</sup> leír egy esetet, a melyben a 11 napos csecsemőnél a bal hónaljban éjjelen át kis kerek fekete folt jelentkezik, a mely gyorsan növekszik. 11 nap múlva felnőtt-gyermeke. A csecsemő igen elesett, hőmérséke  $35.8^{\circ}$ . A 11. napon elhal. Boncolat nem történt. *Hochsinger* azt hiszi, hogy a gangraenát az arteria thoracica longa thrombosisa okozta.

Eseteim a fentebb említett esetektől annyiban térnek el, hogy nemcsak hogy nem vezettek halálra, de a közérzet és a hőmérsék legkisebb zavarai nélkül fejlődtek ki. A gangraena gyors kifejlődése, a bőr és a bőr alatti kötőszövet száraz elhalása, mumificatioja, a folyamat éles elhatároltsága a mellett szól, hogy itt is valamely arteria thrombosisával állottunk szemben. Hogy mi okból, mikép keletkezett a thrombosis, arra nem nyújtottak eseteim felvilágosítást. Neurotikus okra ilyen súlyos, ilyen mélyre terjedő elváltozást nem mernék visszavezetni. A felnőtt hysteriásoknál támadó bõrgangraenák, legalább tudomásom szerint, nem angioneurosison alapulnak, hanem a szorgosabb utánjárás mindig kimutatta traumatikus eredetüket, és hogy hysteriás simulatio eredményei. Kétségkívül észleltek mások eddig is és fognak észlelni ezentúl is hasonló eseteket és a nagyobb casuistika világát is fog vetni ezen betegség pathogenesisére.

Az én tapasztalatom szerint a bántalom prognosisa quoad vitam és quoad restitutionem feltétlenül jó. Hochsinger esete, ha azonos az enyémmel, komolyabb jelentőségűnek mutatja a betegséget, bár lehetséges, hogy esetében a bõrgangraena csak egyik tünete volt az általános, előrehaladó debilitásnak.

<sup>1</sup> Cit. Hochsingernél.

<sup>2</sup> Cit. Hochsingernél.

<sup>3</sup> Centralblatt f. Kinderheilkunde, 1901. P. 224.



Közlemény a kolozsvári kir. tud.-egyetem kórboncz-tani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr. egyetemi tanár.)

**Bacillus fusiformis-szal, spirochaeta gracilis-szal és cladothrix putredogenes-szel végzett tenyésztési és állatkísérletek. Adatok a kísérleti gangraena bakteriologiájához és histogenesiséhez.**

Irta: Veszprémi Dezső dr. egyet. m. tanár, I. tanársegéd.

(Folytatás.)

### III.

*Tenyésztési kísérletek. Állattöltések kulturákkal.*

Itt mindenekelőtt azt kell megemlítenünk, hogy esetünk bonczolása alkalmával mindjárt egy egész sereg oltást végeztünk a szokásos táptalajokra (glycerines agar, magas szőlőcukros agar, alvasztott vérsavó, gelatina, leves). Az oltásokat az agyburkok, tüdőtályogok, valamint szájrúri geny szemcséivel végeztük, de minden táptalaj steril maradt, hasonlóképen az agyburkok folyékony genyje is negatív eredményt adott. A szájrúrból és tüdő-tályogokból vett geny folyékony részéből pedig csak staphylococcus aureus- és streptococcus-telepek fejlődtek.

Midőn az állatkísérletek folyamán arról győződünk meg, hogy mind a háromféle bakterium — a coccusokat nem számítva — állandóan fenntartható az állatpassage-okban, megpróbáltuk, és pedig legelőször a 9. sz. nyúl tályogjából, mesterséges táptalajon is tenyészteni azokat, a mi azután ez alkalommal nem remélt sikerrel is járt.

Rendkívül hosszadalmas volna s épen nem áttekinthető, ha e tenyésztési kísérletekről részletesen, a maguk terjedelmében kellene beszámolnunk. Ennek illusztrálására felemlíthetjük, hogy külön oltottunk a tályogban levő szemcsékkel, külön a geny folyékony részével 6 illetőleg 5 különféle táptalajra és mindenik-ből legalább 3 kémcsővel. Ezeket legalább 24—48 óra múlva, majd több-kevesebb napi időközökben újból kivétel nélkül fedő-lemez-készítményekben átvizsgáltuk és pedig legalább fuchsin-va-lamint Gram-festéssel, állandóan szemmel kísértük a 3 legfontosabb mikrobát, t. i. a spirochaetát, fusiformist és fonalbakteriumot. Már most ezek közül a tenyészetek közül, a szerint, hogy a háromféle mikrobát illetőleg melyek mutattak pozitív eredményt, kiválasztot-tunk 4 törzset, a 3. és 6. számút, valamint a b.) és d.) jelű tenyé-szetet, a melyekből azután a továbboltásokat csináltuk. E későbbi generációk fenntartása közben minden egyes esetben leg-alább négyféle táptalajt használtunk, a melyeket szintén az imént említett módon kísértünk állandóan figyelemmel fedőlemez-készít-ményekben. E műveletek alatt azután kulturáink, illetve a kém-csövek száma annyira felszaporodott, hogy szinte lehetetlen volt hasonló arányokban tovább folytatni a kísérleteket, de olyan nagy számban kellett fedőlemez-készítményeket is átvizsgálni, hogy egyéb elfoglaltságunk mellett erre időnk sem volt. Ilyen körülmények között kénytelenek voltunk egyes törzseknek több generatiót át való fenntartásáról lemondani, mert később tetézte a munkát az is, hogy más állatok tályogjából is igyekeztünk tenyészeteket nyerni, valamint a kulturákkal oltott állatoknál fejlődött gangraenából vagy tályogokból újból kulturákhoz jutni, hogy kísérleteinket a bak-teriologia kritériumai szerint lehetőleg tökéletessé tegyük. Kompli-kálta mindig vizsgálatainkat az a körülmény, hogy a tenyésző többféle bakterium nem egy időben eredvén meg, arra töreked-tünk, hogy akkor is végezzünk átoltásokat, a midőn még csak egy vagy kétféle bakteriumot találtunk táptalajainkon. Daczára a naponként tett lehetőleg kimerítő feljegyzéseknek és az ugyanakkor készült rajzoknak, magunk is csak úgy tudtuk figyelemmel kísérni az oltások menetét és eligazodni a különféle táptalajokra több sorozatban különböző napokon is átvitt, de azért ugyanazon számú generációkban, hogy minden egyes törzsről származási táblát rajzoltunk, olyanformán, mint a családfákat szokás összeállítani; ugyanígy jártunk el különben állatkísérleteinknél is. Tekintettel tehát a fent elmondottakra, elegendőnek véljük, hogy tenyésztési kísérleteinkről inkább csak részletes összefoglaló áttekintést nyuj-tunk, kiterjeszkedve azonban aprólékosabb dolgokra akkor, ha ez valamely irányban az általános eredménytől eltű.

Eredményes oltásainknál használt táptalajaink összetétele a következő:

Nyúlserum	$\frac{1}{3} +$ szívburksavó	$\frac{2}{3}$ (3 + 6 cm <sup>3</sup> ) = Sp.
Nyúlserum	$\frac{2}{3} +$ leves	$\frac{1}{3}$ (5 + 2.5 cm <sup>3</sup> ) = Sl.
Szívburksavó	$\frac{2}{3} +$ „	$\frac{1}{3}$ (8 + 4 cm <sup>3</sup> ) = Pl.
Hydrothoraxsavó	$\frac{2}{3} +$ „	$\frac{1}{3}$ (8 + 4 cm <sup>3</sup> ) = Hl.
Hydrokelesavó	$\frac{2}{3} +$ „	$\frac{1}{3}$ (8 + 4 cm <sup>3</sup> ) = Hkl.
Ascitesavó	$\frac{2}{3} +$ „	$\frac{1}{3}$ (8 + 4 cm <sup>3</sup> ) = Al.
Marhavérsavó	$\frac{1}{3} +$ „	$\frac{2}{3}$ (4 + 8 cm <sup>3</sup> ) = Ml.

E táptalajok mennyisége kémcsövekben 7.5—9—12 cm<sup>3</sup> volt, tehát csak aërob tenyészetekről lehet szó. Néhány esetben csináltunk anaërob kulturákat is és pedig Buchner szerint. A tenyészetek 37° C.-os thermostatban állottak; szobahőnél vagy 22 foknál szintén csak pár esetben, a kísérletek teljessége cél-jából tenyésztettünk.

Áttérve ezek után a tenyészetek ismertetésére, még egy-szer megemlítenünk véljük, hogy a legelső kulturákat a 9. sz. nyúlnál a szükséges asepsissel megnyitott tályog tartalmából oltottuk. A tekintetben, hogy a szemcsét, vagy a geny folyékony részét használtuk e oltásra, nem mutatkozott különbség, ellenben a kulturák fejlődése, magatartása némi különbséget mutatott a táptalaj összetétele, illetőleg a szerint, hogy nyúlserummal vagy emberi transsudattal kevert táptalajt használtunk-e. Szóljunk előbb ez utóbbiakról.

*Törzskulturák Pl (Hl, Hkl, Al) összetételű táptalajokban.*

(3<sup>a</sup>. 6 sz., d) jelű). 24 óra múlva. Mérsékelt egyenletes zavarodás, a kémcső alján igen finom, inkább pelyhes, mint szemcsés üledék. Erős bűz, mely dysenterias bélsárszagra emlé-keztet. Tartalma: nagyon sok coccus, részint csomókban, részint rövid lánczokban, vagy kettesével és egyenként szétszórtan. Sok egyenletesen, intensive festődő, változó hosszúságú bacillusok, a melyek részint egyenesek, élesen levágott vagy legömbölyít-tett végekkel, részint kissé hajlottak, kommaszerűek, részint nyújtott S alakúak. Hosszabb fonalak csak kevés számmal van-nak, hosszabb keresés után találhatók, de a 20—25  $\mu$ -t ezek sem haladják túl. Sok igen finom, rövid, alig 5  $\mu$  hosszú és igen hegyes fusiformis, részint szétszórtan, részint pedig kisebb csomókban.

2 nap múlva. Az üledék jóval tömegesebb, igen erős, kelle-metlen bűz, mely az egész thermostatot megtölti, sőt a thermostat kinyitása után a dolgozószoba levegője is megtelik vele. Fedő-lemez-készítményben ugyanaz a lelet, de a bakteriumok megszapo-ródásával.

7 nap múlva. A kulturákban szabad szemmel feltűnőbb változás nincs. A göröcsői vizsgálatnál meglepő lelet volt, hogy az első beállításnál már szemünkbe ötlük itt-ott egy-egy rendkívül finom halvány spirochaeta. A fedőlemez tüzetes átvizsgálása köz-ben azután mind több és több spirochaetát találunk, néhol egész kis gombolyagokat, a mennyire meg lehetett számlálni 8—10—15-öt egy csomóban, de mihelyt sűrűbben voltak, egy-mástól való elkülönítésük, megszámlálásuk teljesen lehetetlen volt. Minden látóterben nagy mennyiségben vannak, de rend-kívüli finomságuk és igen halvány festődésük miatt alig tűnnek szembe, szinte hozzá kell szokni a szemnek, hogy észrevegye őket. Hosszúságuk változó, 4—5 hullámú a legtöbb, sőt ennél rövidebbek is vannak, 8—10—12 hullámúaknál hosszabbak már ritkábban mutatkoznak, ezek különben vastagabbak s söté-tebben is festődnek. Végük határozottan elhegyesített, bennük sem mag, sem chromatinszemese nem található, festődésük mindig egyenletes. Ott, a hol fusiformisok vagy más bakteriumok között vannak, egész biztosan látszik, hogy ezekkel szorosabb össze-függésben nincsenek, még összetapadva is aránylag ritkán talál-hatók. A fusiformisok némelyike duzzadt, az eddigieknél hosszabb, egyenlőtlenül festődik, közepe vagy két vége sötétebb. Fonalak nagy számmal vannak, s úgy ezek, mint a bacillusok között hasonlóképen egyesek hézagosak, és sötétén festődő szemcséket, szakaszokat mutatnak.

14 nap múlva. A kultura alján 1—2 cm. vastag, átlátszat-lan, szemcsés-pelyhes üledék, a kémcsövek oldalán helyenként az üledékhez hasonló felrakódások. A folyadékoszlop alsó része erő-



sen besűrűsödött, mintegy kocsonyás, felső része pedig higan folyó, feltisztult, átlátszó. A kulturák penetrans büze emlékeztet rothadó szerves anyagok büzére (büzös fehérjebomlás?), a thermostat levegője szinte kiállhatatlan, a dolgozó szobában már messzire érzik a büz (megjegyzendő, hogy a thermostatban ekkor már sok megeredt tenyészet volt egyidejűleg, nemcsak törzskultúrák, hanem további generációk is; ez magyarázza az igen intenzív büzképződést). A fonalak, bacillusalakok, fusiformisok duzzadtak, szemcsések, a fonalakban vacuolumok. A spirochaeták egyenletesen festődnek.

#### Átoltások:

II. generatio. Teljesen úgy viselkedik, mint az I. generatio.

Öt nap mulva a fusiformisokon, bacillusalakokon és fonalakon kívül sok spirochaeta, azonban észrevehetőleg kevesebb, mint az I. generatióban a hét napos kultúrában. Most is rendkívüli finomságuk és halvány festődésük által tűnnek ki.

Következő napokon az I. generatiohoz hasonlóan a baktériumok szaporodása állapítható meg.

#### III. generatio. (I. sorozat.)

24 óra mulva megeredésnek semmi jele, zavarodás nincs, sem üledék, sem büz.

Öt nap mulva sincs eredmény, sem a következő napokon.

III. generatio (II. sorozat). Minthogy az egyik sorozat nem eredt meg a II. generatióból történt átoltásokban, újlag oltottunk a II. generatióból.

24 óra, valamint 3—4—5 nap mulva a táptalajban megeredésnek semmi jele nincs.

Hatodik napon szinte meglepetésszerűen egy pár kémcsőben mérsékelt büz érzik, egyszemint a kémcső alján kevés, finom szemcsés üledék van. Fedőlemezkészítményben gyönyörű spirochaeták igen nagy számmal, itt-ott kis gombolyagban, kevés coccuson kívül sok apró hegyes fusiformis, azután változó hosszúságú és alakú bacillusok, továbbá igen szép hosszú fonalak. Ez utóbbiak igen különféle irányban görbültek, néhol törvonszerűek, másutt ívben hajlottak, kaesszerűleg visszagörbültek. Úgy a fonalak, mint bacillusalakok nagy része szép egyenletes fejlődést mutat, némelyek azonban vagy egyenlőtlenül, mintegy varicosusan, vagy egyenletesen duzzadtak, s rövidebb-hosszabb szakaszokban vagy szemcsékben erősebb festést mutatnak. Tehát ez a generatio tartalmaz először feltűnően hosszúra kinőtt fonalakat, az eddigi kultúrákban túlnyomó számmal csak bacillusalakok vagy legfeljebb rövidebb, 20—30  $\mu$  hosszú fonalak voltak.

Hét nap mulva. A tenyészet sokkal tömegesebb, a zavarodás egyenletes, elég sok üledék. Górcső lelet mint az előző vizsgálatnál.

Kilencz nap mulva a kultura alja besűrűsödik, kocsonyás lesz, felső része kezd feltisztulni.

12 nap mulva. A folyadék alsó része egészen kocsonyás, mintegy megivadt, alig áttűnő, felső része higan folyó, tiszta átlátszó, olyan mint az I generatio.

A XI generatióon keresztül fenntartott és tovább vitt oltások az imént ismertetett kulturákhoz lényegben hasonló módon eredtek meg, fejlődtek tovább, úgy hogy leírásuk felesleges. Ki kell emelnünk azonban, hogy a későbbi generációknál olyan tenyészetek is fordultak elő, a melyekben már három nap mulva kezdtek mutatkozni a spirochaeták, bár feltűnőbb mennyiségben való jelenlétük meglehetősen állandósággal az ötödik napra tehető. A fonalak szintén csak 3—6 nap alatt szaporodtak meg nagyobb mértékben, illetőleg helyesebben azt mondhatjuk, hogy csak ennyi idő mulva találtunk feltűnően hosszú fonalakat. Átlag a tizedik napon túl jelentkeznek az involutiós alakok, és pedig úgy a fusiformisok, mint a bacillusalakok illetve fonalbaktériumok részéről. A tenyészetek átolthatóságára legkedvezőbb időnek a 10—12. nap bizonyult, később már csak véletlenül, kivételesen eredtek meg az átoltások; egy ízben azonban sikeres volt a 19. napon történt továbboltás is.

Szobahőnél, 22<sup>o</sup>-nál a táptalajok mindig sterilek maradtak, illetőleg 22<sup>o</sup>-nál egyszer-máskor coccusok eredtek meg.

A kémcsővek felső részébe helyezett és *plumbum acetic.*-be mártott szűrőpapirosdarabkák 6—12 óra mulva már sötétszürke színűek lesznek, 24 óra mulva egészen megfeketednek, a miből legalább is *kénhidrogengáz* fejlődésére biztosan lehet következtetni.

#### Kulturák nyúlserummal kevert táptalajokon. Sp. Sl.

Ezeket azért ismertetjük külön, mert az előbbiektől némileg eltérő módon fejlődtek.<sup>31</sup> sz. kult.; b. kult. 24 óra mulva egyes kémcsővekben finom szemese. Az előbbieken csak coccusok vannak, ez utóbbiakban igen finom apró rövid fusiformisok, bacillusalakok és elvétve egy-egy fonalbaktérium, valamint gyéren rendkívül halvány spirochaeták.

48 óra mulva. Mindenik tenyészetben a büz erősebb, szemcsék nagy számmal jelentkeznek, de még mindig kicsinyek, mákszemnél is apróbbak.

Három nap mulva feltűnő változás mutatkozik. A kulturákon igen erős, putrid, rothadó bélsárra emlékeztető büz érzik; a kémcső falához tüszúrásnyi gázbuborékok vannak tapadva, a melynek rázásnál nagy mennyiségben gyöngyöznek fel a folyadékból is; hasonlóképen akkor is, ha platinkacsával megkeverjük a folyadékot, úgy hogy a táptalaj felszíne egészen finoman habos lesz. Egyszersmind a büz is sokkal erősebben érezhető, szinte kiállhatatlan. A kémcső alja tele van mákszemnyi fehér szemcsékkel, ugyanilyenek tapadnak csekély számmal magasabban a kémcső falához is. A szemcsék nem sima, szabályos gömbölyű felületűek, hanem finoman dudorosak, göbösök. Górcső alatt fusiformisok, bacillusalakok és rövidebb-hosszabb fonalak tömegéből állanak sok coccussal. Spirochaeták nincsenek.

Öt nap mulva a szemcsék nagyobbak, kölesnyiek, a táptalaj egész tömegében lazán kocsonyásan megalvadt, úgy hogy aljáról a szemcséket alig lehet kihalászni. A tenyészet baktériumtartalma ugyanaz, mint eddig. A fonalak rövidebb alakjain, valamint a bacillusalakok némelyikében, különösen a melyek határozottan involutiós alakoknak felelnek meg, a bacillus végéhez közel sporaszerű ovális vagy kerekded, körülírt képletecske tűnt fel. Ez sporafestésnél élénkpirosra színeződött, míg a bacillus teste metylenkével fessződött. Ilyet azonban mindössze csak két készítményben sikerült kimutatnunk.

Kéőbbi napokon a kultúrában az az érdekes változás látható, hogy a kocsonyásan megalvadt rész felett halványsárga vagy majdnem színtelen tiszta savó kezd kiválni, a kocsonyás rész megrepedezve szétesik s a kémcső aljára üledék gyanánt gyűl meg a szemcsékkel együtt.

Ilyenforma magatartást, t. i. szemcséképződést, megalvadt, majd megint elfolyósodást mutattak azok a tenyészetek is, a melyek marhavérsavó keverékéből állottak (MI), de sohasem olyan kifejezetten és olyan biztosan, mint épen a nyúlserumot tartalmazó táptalajokban.

Az imént ismertetett tenyészeteknél feltűnő volt, hogy míg a legelső napokban spirochaetákat is lehetett találni, azok később eltűntek, sőt a későbbi generációkban, a melyek Sp., Sl. összetételű táptalajokban fejlődtek, sohasem láttunk spirochaetákat. Meg akarván győződni arról, hogy az Sp.-ben szemcsékben fejlődő tenyészetek ugyanezen tulajdonságukat megtartják-e Pl.-táptalajokban is, az I. generatióból mindjárt az első napokban több kémcsővel oltottunk Pl.-be is. Ezek azonban nem az eredeti kulturákhoz hasonló tenyészeteket adták, hanem teljesen úgy viselkedtek, mint a legelőször ismertetett Pl.-táptalajokban fejlődött tenyészetek. T. i. inkább pelyhes, mint szemcsés üledék képződött, a táptalaj feltisztult ugyan, de előzetesen nem alvadt meg. Nevezetes azonban az, hogy e Pl.-ben fejlődött összes későbbi generációk mind nagy mennyiségben tartalmaztak spirochaetákat. Ennek kétségtelen magyarázata csak az lehet, hogy a nyúltályog genyéből nagy mennyiségben az első Sp.-generatióba átvitt spirochaeták életképességüket nem veszítették el az alatt a pár nap alatt, a míg az Sp.-ből a szaporodásukra alkalmasabb, kedvezőbb Pl.-táptalajba kerültek.

Ugyancsak külön említendő meg az a tapasztalat, hogy az Sp.-ből Pl.-be átoltott s mindenik baktériumféleséget tartalmazó tenyészetek, ha újból Sp.- vagy Sl.-táptalajba oltattak át, újból szemcséket képeztek és a spirochaeták fejlődése illetve megsaporodása is kimaradt. Ezt a kísérletet több ízben megismételtük mindig ugyanazon eredménnyel. Míg azonban a Pl.-tenyészetek mindig biztosan megeredtek a továbboltásoknál, valamint 9—10—11 generatióon keresztül fenntarthatók voltak, addig az Sp., Sl.-tenyészetek a második-harmadik generatióon túl már továbbvihatók nem voltak, sem ugyanilyen, sem más táptalajokban.



További érdekes tapasztalatot szereztünk még a következő esetekben. A Pl.-tenyészetek az első 24 órában néha, eltekintve az aránytalanul kevés coccusoktól, óriási mennyiségben tartalmaztak fusiformisokat. Már most az ilyen kultúrák alkalmasnak látszottak arra, hogy megkísértsük azt, vajjon nem sikerülne-e a fusiformisokat — bár a coccusokkal együtt — izolálni a többi bakteriumtól. E célból mihelyt észrevettük, hogy csak fusiformisok vannak nagy tömegben a tenyészetben — mindig legkésőbb 24 órán belül —, azonnal friss táptalajba oltottunk. Az eredmény egy pár esetben az volt, hogy ez újabb oltásban már alig lehetett szó a fusiformisok szaporodásáról, a következőkben pedig megeredésnek egyáltalán semmi jelét nem találtuk, a coccusok ellenben jól tenyészték tovább is. Tehát a fusiformisokat magukban még két generáción keresztül sem tudtuk fenntartani. Annál érdekesebb ez, mert hiszen valamennyi bakteriumféleség fellépte után történt átoltásoknál egész biztosan tenyésztethetők voltak. Mindenesetre a mellett szól ez a körülmény, hogy az összes mikrobák symbosisa igen lényeges feltétel az illető mikroorganizmusoknak sok generáción keresztül való állandó szaporodására és életképességére, s azt hisszük virulentiájának fennmaradására nézve is.

A Buchner módszere szerint anaërob módon előállított tenyészetekről csak annyit akarunk megemlíteni, hogy a 3. sz. törzsenek részint V. Pl. részint VI. Sp. generációjából oltottunk Pl. táptalajba. Ezeknek a kultúráknak fejlődése, 2 generáción való továbboltása teljesen a fentiekhez hasonló eredményt adott.

A kultúrákból vett fedőlemezkészítmények némelyikében sikerült Van Ermengem-féle festéssel a *fusiformis-bacillusok* *ostorokat* kimutatni.

#### Állatoltások kultúrákkal.

A 6. számú kult. I. generációjával oltás két házinyúl (A. B.) czombizomzatába.

A. nyúl. Súlya 1040 gm. 4. napon mérsékelt duzzanat. 14 nap múlva mogorónyi tályog, mely a következő napokon lassan növekszik. 19. napon tályognyitás. A mélyen fekvő kicsiny üregből sűrű bűzös fehéres geny ürül, a melyben elég nagy mennyiségben találhatók finom spirochaeták, fusiformisok, hosszú fonalak, rövidebb-hosszabb változatos alakú bacillusok, coccusok. Tályognyitás után 5 nap múlva rendkívül bűzös, felhígult genyes váladék ürül; a melyben lecsupaszított, fakószürkés, szennyes lepedékekkel fedett izompamatok. Oltás után 27 nap múlva elpusztul, súlyvesztése 180 gm. A jobb czomb bőre alatt gyermekkököl nagyságú üreg, két izomnyaláb között pedig a mélybe és a has felé haladó keskeny rés, a mely sűrű genyet tartalmaz. Az üregek falát fakó szennyes-szürke nekrotikus lepedék fedi. Górcsői lelet mint tályognyitásnál.

B. nyúl. Súlya 1060 gm. 4 nap múlva mérsékelt duzzanat. 9 nap múlva mogorónyi tályog, mindjárt a bőr alatt. 17. napon a tályog feltörve találtatott. Az üregből kevés sűrű bűzös geny ürül, a melyben nagymennyiségben gyönyörű spirochaeták, azután szép hosszú fonalak, bacillusok, fusiformisok és coccusok találhatók. 19. napon exitus. Súlyvesztés 220 gm. *Bonczolás*kor a jobb czomb egész belső részén le a térdig, felfelé és balra a has bóraltati kötőszövetébe is betérjedő, rendkívül bűzös, eves, híg, nyúlós izzadmánnyal telt üreg. Az izomnyalábok kipaeparáltak, résszerű üregekkel, a melyek felett czafatos, elhalt, kissé szennyes zöld izomkötegek, inak vannak kifeszítve. Belső vizsgálatnál semmi eltérés. Bakteriologiai lelet mint előbb.

Az A. nyúl tályogjából a felnyitás alkalmával nyert genyből oltottunk 2 nyulat, az E. és F.-fel jelölteket.

E. nyúlnál pár nap múlva az oltás helyén némi duzzanat jelentkezett ugyan, ez azonban lassanként visszafejlődött, úgy hogy tályog nem is képződött. Az állat egészséges maradt, súlya gyarapodott. Életben hagytuk.

F. nyúl. Súlya 1020 gm. (Oltás az A. nyúl tályogjából a jobb czomb izomzatába.) 2 nap múlva mogorónyi diffus duzzanat. Rendkívül lassan növekszik a tályog, miközben az állat állandóan, de szintén igen lassú tempóban soványodik, míg a 35. napon elpusztul. Súlyvesztés: 410 gm. *Bonczolás*kor mélyen 2 izompamat közt babnyi, jól elhatárolt tályog található, a mely mindeztől egészben vétetett ki. A tályogból igen sűrű, szinte comedo-szerű, alig bűzös geny nyomható ki, a melyben elmeszesedett

szemesék vannak. Górcső alatt feltűnően sok spirochaeta, kevés fusiformis- és fonalbakterium, nagyrésztük szemcsés, degenerált; coccus igen kevés.

6. sz. kultúra II. generációjával oltottuk a C., D. nyulat.

C. nyúl. Súlya 1290 gm. Oltás a jobb czomb izomzatába. 12 nap múlva mogorónyi duzzanat, a melyből igen lassan — körülbelül 57 nap alatt — tojásnyi tályog lesz, a mely azonban mindig igen kemény, feszes maradt, alig puhult valami keveset. 57. napon steril fecskendővel sikerült néhány köbcentimeter rendkívül besűrűsödött, meglehetősen bűzös fehér genyet kiszívni, a melyben nagyobb számmal hosszú fonalak, bacillusok, kevesebb spirochaetát és fusiformist, valamint coccusokat találtunk. A mikrobák általában gyengén festődnek. Az állat a 90. napon elpusztul, súlyvesztése 510 gm. A jobb czomb alsó izompamata felett, hátra és befelé terjedő, szinte tyúktőjásnyi üreg van, a melynek tartalma tejfelsűrűségű, alig bűzös, törmelékes fehér geny. Bakteriologiai lelet ugyanaz.

D. nyúl. Súlya 1290 gm. Négy nap múlva az oltás helyén erős diffus duzzanat. 6. napon már elpusztul az állat. Súlyvesztése 110 gm. *Bonczolás*kor a jobb czomb egész belső felületén a bőr szennyeszöld színnel tetszik át, fluctuatio érezhető. Bemetszésnél úgy a kötőszövetben, mint az izomnyalábok között penetráns bűzű, inkább híg, piszkosbarna színű, eves váladék. Az izmok között számos üreg van, a melyek egymással közlekednek, faluk vagy piszkos zöldesbarna, vagy fakószürkés, üszkös szövet-czafatokkal borított. Az elváltozás a bőr alatt leterjed a térdig. A belső szervek épek. Górcső alatt igen nagy számmal szép spirochaeták, fusiformisok, feltűnően kevés hosszú fonal, ellenben igen sok változatos bacillusalak és coccus.

A 3. sz. kult. VII. Sp. generációjában levő szemcsékkel oltva a G., H. nyulat.

G. nyúl. Súlya 920 gm. Oltás a jobb czomb izomzatába. Állandó soványodás kíséretében 48 nap alatt elpusztul, s ez alatt az idő alatt lassan fejlődő kis diónyi tályog képződik, a melyből szürkésfehér, nyúlós geny ürül, a genyben gombostüfejni szemcsék. Bűz csak kevéssé érzik. A genyben fonalak, bacillusok, feltűnően kevés fusiformis és coccusok vannak. Spirochaetákat nem lehet találni.

H. nyúl. Súlya 1370 gm. (Oltás mint a G.) Az állat igen sokáig, 134 napig marad életben. Ez alatt az idő alatt kezdetben hizott; 36 nap alatt diónyi tályog képződött, a mely áttört. Lassanként az áttörés helye begyógyult, de alatta még mindig apró göböket lehetett érezni. Az 50. naptól kezdve soványodott, lassanként marasmus fejlődött ki nála, s a 134. napon elhullott. Súlyvesztése 300 gm. *Bonczolás*kor a bőr alatti kötőszövetben fillérnyi területen mákszem-kölesnyi besűrűsödött genyesoport. A mélyben pedig az izomzat között diónyi, szintén sűrű genyet tartalmazó üreg; ennek környéke kissé heges, palaszürkén festenyzett. Górcső alatt spirochaeták nem találhatók, fusiformisok sem, hanem csak kevés szemcsés fonal és bacillus, coccusok.

I. és K. nyulat fülgyűjtőérbe oltottunk kultúrával. Három hónapon keresztül észleltük, de megbetegedésnek semmi jelét nem mutatták.

A 21. sz. nyúlból tenyésztett kultúrával két nyulat (L., M.) oltottunk.

L. nyúl. Súlya 900 gm. Nyolcz nap múlva mogorónyi duzzanat. 16 nap múlva nagy diónyi puha tályog mutatkozik. 17. napon exitus. Súlyvesztése 280 gm. *Bonczolás*: az izomnyalábok között bűzös, szennyeszürke, hígabb, nyúlós geny. Az izmok kipaeparáltak; az üregek fala fakószürke, nekrotikus vagy piszkosbarna. A genyben szép fusiformisok, spirochaeták, kevés fonal, sok bacillus és nagyon sok coccus.

M. nyúl. Súlya 1110 gm. (Oltás mint az L.) Nyolcz nap múlva diffus duzzanat, a mely a következő napokon fokozódik; körülírt tályog nem érezhető. 12 nap múlva exitus. *Bonczolás*kor a czomb elülső felületén, a bőr alatti kötőszövetben, a lágyékhajlaton túl a hasra is áttérjedő igen bűzös, barnászöld eves izzadmány, a mely phlegmoneszerűen az izompamatok között is messzire betérjed. Az üregek fala kissé czafatos, piszkosbarna színű, igen bűzös. Az eves izzadmányban sok fusiformis, spiro-



chaeta, igen kevés fonal, sok bacillus és nagyon sok coccus található.

Végül a tenyészetek toxikus hatását is tanulmányozandó, 2 nyulat — *N. és O. val jelzettek* — egy kultura bakteriummentes szűrédekével oltottunk bőr alá. Mindkét nyulat több mint 3 hónapon keresztül észleltük, állandóan hőmérőztük, azonban valamely reactionnak vagy megbetegedésnek semmi jelét sem tudtuk észrevenni. A hőmérsék mindig rendes volt, még az oltást követő órákban is.

Mielőtt véglegesen lezárnók összes kísérletes vizsgálataink ismertetését, csak arról akarunk még egész röviden említést tenni, hogy e legutóbbi állatkísérletsorozat egyes eseteiből újból kitenyésztettük a kérdéses mikrobákat. Nevezetesen a B., D., F. és M. nyulaknál fejlődött tályogokból a már ismertetett táptalajokban és ugyanolyan módon sikerült úgy a spirochaetáknak, mint a fusiformisoknak, valamint a fonalbakteriumoknak tömeges megeredését észlelni, és ugyanezeket több-kevesebb generáción át fenntartani.

Ha a különböző szerzőknek *tenyészetekkel végzett* állatoltásait összehasonlítás céljából nézzük, a közlemények révén azt a benyomást nyerjük, hogy azok még kevésbé eredményesek, mint az emberi anyaggal végzett állatkísérletek. Vincent kulturájának bőr alá vagy izomzatba való oltása után tályogok, sipolyok és elhalásos góczok keletkezését észlelte, a melyekben más bakteriumokon kívül a fusiformist és spirochaetát is megtalálta. Niclot és Marotte 3 esetben oltott kulturával. Ezek közül egy-nél fusiformist és spirochaetát, kettőnél csak fusiformist tartalmazó anyaggal; az eredmény gyógyulással végződő nem súlyos genyedés volt. Veillon és Zuber fusiformist tartalmazó tiszta tenyészettel kicsiny tályogokat idézett elő. Aránylag legsúlyosabb és az állatok pusztulásával járó elváltozásokat észlelt Eichmeyer. A részint a bőr alá, részint az izomzatba, hasűrbe, conjunctivába oltott 3 tengerimalacznál büzös üszkös tályogok fejlődtek. Az izzadmányban coccusokon kívül fusiformisokat, fonalakat talált. Spirochaetákról nem tesz említést. Összehasonlítva e pár szóban vázolt eredményeket a mi kísérleteink eredményével, eltekintve sikeres oltásaink nagyobb számától, leginkább az a különbség emelhető ki, hogy eseteinkben az üszkös szétesésre való hajlandóság kifejezettebb volt, a gyógyulásra való hajlam igen korlátolt, valamint különösen az, hogy a genyben vagy üszkös sebváladékokban állandóan nagy mennyiségben voltak jelen a *spirochaeták*, kivéve a G. és H. nyulat, de ezeknél az oltásra használt tenyészet sem tartalmazott spirochaetákat.

\* \* \*

(Folytatása következik.)

## TÁRCZA.

### Adatok a sebészet magyarországi történetéhez.

(Herniotomusok, lithotomusok és oculisták.)

Rége az orvosdoktorok nem szívesen foglalkoztak a sebészet körébe vágó bajokkal. Nagyobb műtétet nem is igen végeztek, hanem leginkább csak abban állott a szerepük, hogy a chirurgust ellenőrizték. A XVIII. század második felében, 1770-ben, pedig törvénybe foglalták, hogy valamint a sebésznek és gyógyszerésznek tilos a belső bajok kezelése, épen úgy az orvosdoktoroknak sem szabad olyan betegségek kezelését elvállalni, melyek a sebészet körébe tartoznak.<sup>1</sup> A sebészek képzettsége, ügyessége és orvosi tudása azonban az ország legtöbb helyén igen fogytékos volt s így nem csodálható, hogy a köznép a maga erejéből segített, úgy a hogy, a baján. Nem akarok e helyütt a régi sebészek tudásának és társadalmi tekintélyének bővebb jellemzésébe bocsátkozni, csak röviden említek néhány példát, mely jellemző világot vet rájuk. 1779-ben a helytartó tanács kérdést intéz a lőcsei városi tanácshoz, hogy igaz-e az, hogy a város

két sebésze (*Roth és Paleisz*) közül az utóbbi jóformán csak a hajnyírásról ért, s ha mégis érvágásra vállalkozik, akkor rendszerint egy inat vagy egy csontot is megvagdál? az első pedig piszkos, részeges ember, ki a feleségére bizta egész praxisát, ez vág eret, ez köpölyöz, sebet kötöz, és a várost végigjárja a borbélymesterséghez való műszerekkel.<sup>2</sup> A pestmegyei sebészek 1766/67-i összeírásában is több olyan adatot találunk, mely szomorú világot vet az akkori sebészek képzettségére. Így többek közt Péczel orvosa „*Judaeus Isacus Lebel*“ műkedvelő laikus volt, ki évek során át sebészkedett már s mikor hivatalos úton kérdőre vonták, sebészoklevelet ugyan nem tudott felmutatni, de annál több hangzatos elismerő bizonyítványt olyanoktól, kiket a legveszedelmesebb bajokban sikeresen gyógyított;<sup>3</sup> mindez azonban nem segített rajta, mert Pestre idézték, hogy Zach orvos előtt vizsgát tegyen, s minthogy ez nem sikerült, eltiltották a további gyakorlattól. Ugyanekkor Soroksáron két sebész működött s egyiknek sem volt oklevele; az egyik (*Kuminich József Fülöp*) azelőtt a Tötleben-czred hadnagya volt, s mikor kérdőre vonták, az oklevél helyett szintén csak az elismerő nyilatkozatok tömegével állott elő.<sup>4</sup>

Jócskán megtoldhatnám még ezeket az adatokat, de egyelőre ez a néhány is elegendő arra, hogy némileg megértsük azt a sebészeket illető durva gúnyolódást, mely a XVIII. század elején járta, hogy: „csak tetűsántító, kosz-, rüh- s vargyógyító a borbély”.<sup>5</sup> Ez magyarázza (részben) azt is, hogy urak, parasztok szívesen fordultak avatatlan kuruzslókhoz, sőt gyakran a maguk módja szerint kezelték sebészi bajaikat. *Benkő Sámuel*, Borsodmegye jeles főorvosa említi (1794-ben), hogy a magyar földművesek, kulcsesonttörés esetén, nem mennek a sebészhez, hanem szakértő vénasszonyokhoz, kik az akkoriban használatos bonyolult sebésműszerek gúnyára, rövid úton, lege artis, meggyógyítják őket.<sup>6</sup> Ugyancsak a XVIII. század második felében feljegyezték, hogy hazánk oláh népe ügyesen végezte a tonsillotomiát: a háton fekvő beteget lábaival a nap felé fordították, ezígyanyoktól készített durva horgot akasztottak a mandolába és ezt éles késsel ügyesen, bár sokszor nagy vérzést okozva, kivágták. Erős vérzés ellen savanyú káposztalevet adtak, az operatio árát pedig 17 krajczárra szabták.<sup>7</sup> Kisebb csontok törésekor, különösen állatokon, a tiszántúli magyarság ma is alkalmazza a tengerikóróköttést, *Liszt Nándor* szerint akképen, hogy a csont vastagságának megfelelőleg egy-két vagy több tengerikóródarabot, 10–15 centimeter hosszút, vesznek, ezeket hosszukban behasítják és szét-nyitják, azután még néhány hosszmetrészt ejtenek a bélállományban is. Kisebb csontok már egy, vastagabbak két-három ilyen könyvszerűleg szétnyitott kóróval igen jól körülvehetők, végre az egészet zsineggel csavarják körül, illetőleg rögzítik. A kóró bele elég puha és rugalmas s jól helyettesíti a vattát, külső kemény

<sup>1</sup> Relato existenta eo, quod in gremio liberae hujus Regiaeque Cittis Leutschoviensis praxis medica sit in manibus chyrurgorum, pharmacopoeorum, vetularum; chyrurgi autem desint, cum pro talibus se gerant homines omnino rudes, quales signanter essent duo chyrurgi *Roth* et *Paleisz*, quorum posterior praeter tonsuram vix aliquid nosset, venam, quidem etiam secaret, sed in hac quoque secunda multum infelix foret, moxque tendinem, mox os laessisset. . . . Prior autem *Roth* homo luridus potuique adeo deditus esset, ut vita ejus brutali abominabilior videretur et quia se in arte sua exercenda propter ejusmodi vitam suam ineptum reddidisset, foeminam suam in ea instruxisset, haecque venam secaret, searificaret, vulnera ligaret, per plateas cum pelvi ad tondendum ambularet. (A helytartó tanácsnak 1779. május 10.-én Pozsonyban kelt rendeletéből. Lőcse városi levéltára, X. 139/2.)

<sup>2</sup> Diversas fide dignas Testimoniales ab iis, quos curavit, et ex periculosis morbis ad sanitatem reduxit, emanatas. (Pestmegyei levéltár, fasc. 13. 1767. 45. sz.) Az iratból az is kiténik, hogy *Lebel* az érvágásért és köpölyözésért 15 dénárt, nyírásért és borotválásért pedig 1 polturát szedett.

<sup>3</sup> De probata . . . artis suae experientia produxit quam plurima attestata. (U. o.)

<sup>4</sup> Az Ötves mesterségről való vetélkedés. 1716. (XII. versszak.)

<sup>5</sup> In Hungaria apud agrestes frequentissima est fractura claviculae, neque ad chyrurgos accursus; at ipsae vetulae ossa fracta brachium elevando et scapulam postrorsum trahendo, et absque pila axillae supposita, pulpa rad. consolidae majoris (a mai Symphytum officinale, orvosi nádálytő) stringunt, et sic absque ponderoso et complicato Desaultii, Duboisii, Brasdorii, Eversii, Bellii, Bruninghauseni apparatu, absque abbreviatione artus, brevi sanant. (*Benkő*: Ephemerides, V. 14.)

<sup>6</sup> *Linzbauer*: Codex, I. 721.

<sup>1</sup> Prout chirurgis et pharmacopoeis internam corporum curam suscipere interdictum est, ita medico non licet, chirurgiae subjecta mala mederi. (Normativum sanitatis, I. 8. pont.)



héja pedig, szilárd hüvelyként, elég jól biztosítja a csontok adaptációját.<sup>1</sup>

Az igazi „nagy” sebészetet, a legveszedelmesebb műtételeket azonban nem az ország népe, s nem is a rendes városi sebészek, hanem a külföldről idelátogató s hazánkban szerte kóborló specialiták végezték. Ilyenek voltak a *herniotomusok*, a *lithotomusok* és az *oculisták*.

A sérvek kezelése sok gondot okozott hajdanában. Kisebbszerű herniákra megvolt ugyan a *kenő* és *flastrom* az előkelők *patikaládájában*, vagy ha ott nem volt, hát valami jó ismerős távoli vidékről is megküldötte annak a *receptját*. Így mikor a kis Rákóczi Sámuelnek 1621-ben sérve keletkezett, Czeglédi uram küldött az anyjának, Lorántffy Zsuzsannának valami *kenetet* *sérésről*, melylyel mindennap kengették.<sup>2</sup> De komolyabb esetben azokhoz a sérvmetező-specialistákhoz fordultak, kik — úgylát-szik — elég gyakran látogattak el hozzánk a Balkán-félszigetről és a kik nemcsak sérvmetéssel foglalkoztak, hanem másféle sebészi bajokat is kezeltek mellesleg; főfoglalkozásuk után mégis *herélő doktoroknak* vagy *görög herélő doktoroknak* nevezték őket.

Hogy ezek a kóborló sebészek nemcsak herniotomiával foglalkoztak, az többek közt egy 1751-i halasi boszorkánypör vallomásaiból is kitűnik; ezen időben ugyanis Halason járt egy „görög herélő doktor”, ki egy asszonyt a lába bajából gyógyított ki.<sup>3</sup> *Bartholomaeides Lászlót*, a XVIII. századbeli jeles magyar tudóst, szintén egy görög herniotomus operálta meg gyermekkorában, hólyagkőbetegsége miatt, 1759-ben. Bartholomaeides életrajzában írója következőleg mondja el az orvostörténetünk szempontjából is érdekes esetet: „Ezen időben két görög nemzetbeli testvér orvos, a hatóság engedelmével az országban ide s tova utazott és sebészi műtéteket vitt véghez. Ezek Rimaszombatba jöven s ott Gerber Mihály polgártól hallván, hogy a klenóczi lelkésznek fia hólyagkőben szenved, Klenóczi felé vevék útjokat s ott csakugyan megjelentek, a gyermekek a műtétet megkísérleldők. A beteg gyermek apja a műtétbe beleegyezni sokáig nem akart, míg végre a sok kérésnek, leginkább Kubinyi Dániel, a gyermek keresztapja kérésének engedve, beleegyezését adta, s a műtét a gyermekek 1759. év december 26-án nem minden veszély nélkül ugyan, de mégis szerencsésen véghezvitetett. Atyja a műtétnél jelen lenni nem merészelt, csak a kegyes anya és Fröhlich János ottani tanító nyújtottak az orvosoknak segítségét. A seb, mely a jobb lágyékon vágatott, s melyen a kő kivétellett, néhány hét alatt begyógyult ugyan, de az utóbajok egész életfogytig megmaradtak.”<sup>4</sup>

Ebből az adatból kiderül, hogy a görög herélő doktorok lithotomiát is végeztek, még pedig igen fogyatékos segédkezés mellett is. Azt is bizonyítja ez az adat, hogy e kóborló művészek nemcsak Délmagyarországot járták, hanem a felvidékre is elvetődtek, a hol különben inkább a Németországból és Ausztriából hozzánk kerülő herniotomusok világa volt.

E vándorsebészekről, nemkülönben a szemoperálókról (*oculorum operatores*) és a foghúzókról (*dentifrangibuli*), kik hajdanában végig járták vásárok idején az országot, szó van a Mária Terézia idejében (1755. aug. 19.) keletkezett s a közegészségügy szabályozására vonatkozó tervezetben is, mely megszabja, hogy vásárok idején a sérvmetzők és társaik mekkora taxát fizessenek, azonkívül javasolja, hogy ha valamely városban megjelennek, a hatóságnál való jelentkezésre köteleztessenek, hogy belső bajok gyógyításától tiltassanak el s a hatóságok csak kivételesen adjanak nekik bizonyítványt végzett műtételeikről és ha adnak, jelentsék be ezt is a helytartó tanácsnak.<sup>5</sup> Egy 1756-ban kelt helytartótanácsi rendelet (l. ugyanott, 348. l.) meghagyja a hatóságoknak, hogy bizonyos lithotomusokat ne korlátozzanak és háborgassanak „in artis suae exercitio”, mert a vizsgáló orvos kérdéseire elég jól megfelelték, sikeres műtételeikről sok, hitelt

érdemlő bizonyítványt mutattak, sőt az emberi testből kivett kőveket is.

Azon két görög sérvmetző, ki Bartholomaeidest megoperálta, alkalmasint ugyanaz a *Stankovics Kyrkov János* és *Stanko* alias *Stathi Miklós* volt, ki 1759-ben a hatóságok akadékoskodása miatt panaszos levéllel fordult a királynéhoz. E levelüket, nagy önértéssel, úgy kezdik, hogy tevére való súlya (*onus cameli*) volna annak a sok bizonyítványnak, melyet sikeres operatioikról és isten ő szent felségétől nyert sebészi ügyességükről mellékelhettek. Panaszolják, hogy különösen azokon a helyeken, hol sebész-czéhek vannak, a helyi orvosok féltékenysége miatt mindenféle zaklatásnak vannak kitéve; pedig a szegény adózó nép nincsen abban a helyzetben, hogy a sebészek mindenféle drága recipjét (kőbaj ellen) megcsináltassa, nagyon kevés is a gyógyszerár az országban; a sérves bajok ellen pedig ugyan keveset használ a sebészek mindenféle kötése. Térden állva kéri ő felségét, rendelje el, hogy a hatóságok tekintettel legyenek az ő (1756-ban nyert) szabadságlevelükre, vagy pedig legyen kegyes a királynő rájuk is kiterjeszteni azt a privilegiumot, melyet néhai *Nicsevik János* herniotomus kapott III. Károlytól; egyszersmind kéri, hogy nyúlajkat és húskínővéseket (álképletek?) is szabadon operálniok, mert ezekhez úgy sem mernek késsel nyúlni a hazai sebészek; továbbá hogy a szabadsalom négy családjuk tagjára (segédjeikre) is kiterjesztessék. Aláírás: „graeci ritus Macedones, vulgo *Bruch- und Steinschneider*.”<sup>2</sup>

Úgy látszik, hogy a görög herniotomusok magyarországi szereplése nem sokkal ezután megszűnt, mert 1778-ban Magyarországra is kiterjesztették annak az osztrák rendeletnek az érvényességét, mely szerint „alle Marktschreyer, Quacksalber, Afterärzte, herumschweifende Operateurs und Zahnbrecher, Theriac- und Arzneykramer” eltiltandók a gyakorlattól.

Honnan kerültek hozzánk ezek a „herélő doktorok”? Erre nézve *Pouqueville* francia consul egyik munkájában<sup>3</sup> találunk felvilágosítást. E leírás szerint a Micsikeli-hegység keleti oldalán, az ú. n. Zagorjében, tizenegy olyan falu, nevezetesen pedig *Laskovo* és *Calota*, volt akkoriban, honnan a „jó orvosok” (*kalojatri*) világgá mentek. Törökországban az ú. n. *kephaloniai doktorokkal* egyetemben mindenfelé lehetett találkozni velük; csak hogy míg ezek a kephaloniai orvosok tanult emberek voltak, addig a zagoriták családbeli elődjeiktől hagyomány útján öröklék a tudományukat. *Pouqueville* szerint minden anatómiai ismeret nélkül, de azért bámulatos ügyességgel operálják meg a kizárt vagy súlya miatt kényelmetlenné vált sérvet. Érdekes, hogy a sérvtömlőt maguknak tartják meg s azt felfújva, póznára akasztva, mint valami trophaeumot és bolti czímet magukkal viszik mindenfelé s minél több ilyen hírverő jelvény van birtokukban, annál jobban virágzik a keresetük. *Pouqueville* olyanokat is ismert köztük, kik hályogot operáltak (depressioval) és a kömetszést is igen ügyesen, de a virilitás rovására végezték; ha más nem volt, akkor borotváltak is.

Ezek a herniotomusok ma is megvannak még Görögországban s *Manghinas* tanár azt írja róluk, hogy a *ki nem zárt* herniákat a sérvsatorna megnyitásával operálják, mely azután sarjadtékkal telődik meg s ilyen módon gyakran radikális gyógyulás is következik be. *Rigler Lőrincz* is említi,<sup>4</sup> hogy Macedóniában, Epirusban, Thessaloníában stb. még az ő idejében is gyakoriak voltak a lithotomusok (*tascsi*), továbbá a sérvmetzők (*kasikcsi*). *Gyorgyevity Vladán* szerint ezek (1829 előtt) gyakran ellátogattak Szerbiába is, hol úgy látszik „iskolát” is hagytak maguk után, mert még 1883-ban is nagy híre volt egy szerb herniotomusnak, ki nemcsak kizárt sérveket operált sikeresen (eredménytelen taxis után), hanem szabad herniákon is végzett műtételeket. Ugyanő említi egy népies szemészt is, ki 40 év folyamán a hályogreclinatióknak nagy számát végezte, legjobb eredménynyel.<sup>1</sup>

(Vége következik.)

Kóssa Gyula dr.

<sup>1</sup> Liszt Nándor: Népies gyógyítómódok és babonák Hajdúvármegyében. (Debrecen 1906. 31. l.)

<sup>2</sup> Deák Farkas: Magyar hölgyek levelei, 223. l.

<sup>3</sup> Fekete Lajos: A jászúnok története. Debrecen, 1861. 163. l.

<sup>4</sup> Bartholomaeides L. életrajza *Lucze István*-tól. (A m. orvosok és term.-vizsgálók XII. nagygyűlésének munkálatai, 1868. 1. lap.) Bartholomaeides 71 éves korában halt meg.

<sup>5</sup> Linzbauer, u. o. II. 307.

<sup>2</sup> Linzbauer, u. o. 361. l.

<sup>3</sup> F. C. H. L. Pouqueville: Voyage dans la Grèce, Paris, 1820. T. 1. p. 153.

<sup>4</sup> L. Rigler: Die Türken und deren Bewohner. Wien, 1852, I. köt. 354. l.

<sup>1</sup> Gyorgyevity V.: Die Entwicklung d. öffentl. Gesundheitspflege im serb. Königreiche, 8. lap.



## IRODALOM-SZEMLE.

## Könyvismertetés.

P. Rodari: *Grundriss der medikamentösen Therapie der Magen- und Darmkrankheiten*. Zweite Ausgabe. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1906.

A szerzőt munkájának megírásakor az a cél vezette, hogy oly munkát adjon a gyakorló orvos kezébe, a melyből részletesen megismerheti, hogy az emésztőszervek gyógykezelésében mit érhetni el gyógyszerekkel, a melyeket a kétségbevonhatatlanul rendkívüli nagy jelentőséggel bíró physikális és diéta gyógyításmódok fellendülésével az utóbbi időkben nagyon elhanyagoltak. Tehát nem a physikális és diéta gyógyításmódok mellőzésével, hanem mellettük gyógyszereknek is igénybevételevel tartja gyógyítandóknak az emésztőszervek bajait. Hogy jó néven vesznek ilyenfajta munkát a gyakorló orvosok, a kik csakugyan akárhányszor nem vehetik igénybe, bármennyire lelkes hívei is, a physikális-diéta gyógyításmódokat: bizonyítja a siker. Két év alatt új kiadásra volt szükség. Ez a kiadás annyiban tér el az elsőttől, hogy az emésztőszervek betegségeinek diätotherapiáját is tartalmazza meglehetősen bő, mintegy 80 lapra terjedő függelék alakjában. A főleg gyakorló orvosoknak szánt munka bizonyára a mi orvosaink között is talál barátokat. A könnyen áttekinthető, jó kiállítású, harmadfél-száz lapra terjedő munka ára 4 m. 80 f.

Prof. Nolda: *Über die Indicationen der Hochgebirgskuren für Nervenkrankhe.* Halle a. S. Verlag von Carl Marhold. 1906. 16 l. 0.40 M.

A szerző St.-Moritzban (Svájc) gyűjtötte tapasztalatait az idegbajok magaslati kezeléséről és azt tartja, hogy igen ingerlékeny vagy gyenge neurastheniások nem valók oda. Könnyebb neurastheniában kitűnő az eredmény. Más orvosok véleményével ellentétben a szívneurosisokban is jó sikert látott. Basedow-kórosok itt jól érzik magukat, sokakon a szívverés szaporasága enged, ha ez azonban 10—14 nap alatt nem áll be és a reszketés és izgatottság nem szűnik, a betegeket alacsonyabb fekvésű helyre szokták küldeni. Azonkívül ajánlatos, hogy egy Basedow-kóros beteg se menjen a mély fekvésű helyekről egyszerre nagy magasságba, hanem töltsön vagy 8—14 napot középső állomáson. Nolda azt találta, hogy a túlzott villamozás, massage ártott betegeinek és azért ezen eljárásokat csak enyhe alakban alkalmazza. Az is feltűnő, hogy a nagy adag laudanumot betegek kevesbé tűrték, mint a mikor alacsonyabb helyeken (Montreux) folytatott gyakorlatot. A gyógyító eljárások közül az egybeült alkalmazottak közül leginkább a sportok használatosak. A téli és nyári kúrák egyaránt kedvezők.

Kollarits Jenő dr.

Új könyvek. A. Aschoff: *Über die neueren histologischen Untersuchungen der Appendicitis*. Leipzig, Breitkopf und Härtel. 0.75 m. — L. Grünwald: *Die Therapie der Kehlkopftuberkulose mit besonderer Rücksicht auf den galvanokaustischen Tiefenstich und äussere Eingriffe*. München, J. F. Lehmann. 5 m. — A. Kantorowicz: *Kritik der neueren Methoden der Perkussion*. Berlin, Fischer. 1.20 m. — M. Kassowitz: *Metabolismus und Immunität*. Wien, M. Perles. 4 m. — G. Leopold: *Über ein sehr junges menschliches Ei in situ*. Leipzig, S. Hirzel. 10 m. — O. Marburg: *Die sogenannte akute multiple Sklerose*. Leipzig u. Wien, F. Deuticke. 3 m. — H. F. Stelzner: *Analyse von 200 Selbstmordfällen*. Berlin, S. Karger. 4 m. — H. Schlesinger: *Über die paroxysmale Tachykardie und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen des Nervensystems*. Leipzig, Breitkopf und Härtel. 0.75 m. — J. Zappert: *Die physikalische Therapie im Kindesalter*. Stuttgart, F. Enke. 2.20 m. — Th. Ziehen: *Die Geisteskrankheiten des Kindesalters*. Berlin, Reuther und Reichard. 3 m. — Naunyn: *Der Diabetes mellitus*. 2. Auflage. Wien, A. Hölder. 12.80 m. — Ehrmann und Fick: *Kompandium der speziellen Histopathologie der Haut*. Wien, A. Hölder. 7.20 K. — M. Rabl: *Ratolf Virchow's Briefe an seine Eltern*. Leipzig, W. Engelmann. 5 m. — J. Schwalbe: *Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis*. Erster Halbband. Leipzig, G. Thieme. 8.80 m. — R. Oestreich: *Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und allgemeinen pathologischen Anatomie*. Leipzig, G. Thieme. 13 m. — L. Martin: *Hygiène hospitalière*. Paris, J. B. Baillière. 6 fr. — Rochet: *Quelques données nouvelles de clinique et thérapeutique urinaires*. Lyon, Storck et comp. — H. Hyslop Thomson: *Pulmonary phthisis, its diagnosis, prognosis and treatment*. London, J. Bale, Sons and Danielsson. 5 s. — T. S. Clouston: *The hygiene of mind*. London, Methuen and Co. 7 s. 6 d. — W. Sampson Handley: *Cancer of the breast and its operative treatment*. London, J. Murray.

12 s. 6 d. — E. S. Yonge: *Polypus of the nose*. London, Sherratt and Hughes 2. s. 6 d. — F. Forchheimer: *The prophylaxis and treatment of internal diseases*. London, Sidney Appleton. 21 s. — C. J. Blake and H. Ottridge Reik: *Operative otology*. London, Sidney Appleton. 15 s. — Ch. S. Sherrington: *The integrative action of the nervous system*. London, A. Constable and Co. — E. Metschnikoff: *The new hygiene. Three lectures on the prevention of infectious diseases*. London, W. Heinemann. 2 s. 6 d.

## Lapszemle.

## Általános kór- és gyógytan.

A lázas fertőző bajok hydrotherapiájáról értekezik Munter. Már Hippokrates úgy fogta fel a lázat, mint szervezetünk természetes védelmi készülékét, és ezt a felfogást a modern klinikai észlelés és kísérletező vizsgálódás is megerősítette. A szerző ezért kifejezetten hangsúlyozza, hogy a nem túl magas láz ellen, mely előreláthatólag nem fog hosszabb ideig tartani s a szív meg az agy működését jelentékenyen nem befolyásolja, küzdenünk nem kell. Be kell avatkoznunk azonban, ha a láz 40—41 C.<sup>o</sup>-ot ér el, s a szív meg az idegrendszer működését bénítja. De a hosszabb ideig tartó continua continens ellen is hasznos a beavatkozás a szívizomzat és az idegrendszer kimerülésének elkerülése végett; az ily típusú lázat sokkal jobban tűri el a szervezet, ha időnként normálisra nyomjuk le a hőt, re-illetőleg intermittálóvá alakítva át a lázat. A hőmérséklet állandóan 37 C.<sup>o</sup>-on tartani nem szükséges, sőt káros, mert a fertőzés ellen ható tényezők korlátoztatnának működésükben.

Közelebbről tekintve a lázellenes beavatkozás javait, főképen a vérerek s az idegrendszer állapota döntő. Ezenkívül lázellenes beavatkozásra hív fel a ki- s elvlasztó szervek működészavara is.

A hydrotherapia hatására megszorodik a vizelet mennyisége, csökken a húgysav s húgyanyag, az oxygenfelvétel és CO<sub>2</sub>-kiadás közeledik a normálhoz, nagyobbodik a vér alkalicitása s ezzel baktericid hatása. Ha a szív, az érrendszer, úgyszintén a többi vegetatív szerv nincs túlerősen érintve s a betegség előreláthatólag nem tartós, az egész test lemosása 16—24 C.<sup>o</sup>-os vízzel végzendő, mint a mely a beteget felfrissíti. A gyors lemosás kisebb, ellenben a dörzsöléssel s a mosóruha többszörös kifacsarásával végzett lemosás nagyobb melegelvonást eredményez. Erőteljes, fiatal, jó szívűműködéssel bíró egyéneknek igen jó idegínger s az anyagcsere fokozó eljárás a hideg fürdő (20—25 C.<sup>o</sup> hőmérsék, 10—15 perc tartam). Ha a beteg kevésbé erőteljes, fázékony, vagy az eljárásnak kimételesebbnek kell lennie és tartós hőelvonás szükséges, akkor a hűvös félfürdő javalt: 30 C.<sup>o</sup>-os víz fokozatosan lehűtve 20 C.<sup>o</sup>-ra; a fürdő 15—25 percnyi tartama alatt ledörzsölés esetleg lemosás. Ha a beteg a 30 C.<sup>o</sup>-os vizet megszokta, 25 C.<sup>o</sup>-kal is lehet kezdeni, bár ez ritkán szükséges. Minél erőteljesebb a beteg s minél magasabb a hőmérséke, annál tovább tarthat a fürdő s annál erősebb hőínger alkalmazható. A fürdőtés gyakorisága az esettől függ: útmutatást csak a közérzet s a hőmérsék pontos észlelése adhat. Emlékeztet Winteritz tanácsára, mely szerint a gyakori s túlhideg fürdő az idegrendszert túlságosan felizgatja, mondhatjuk, hogy középsúlyos esetben 24 óra alatt háromszor lehet fürdetni, reggel s este 7 órakor, meg éjfékor.

Az idegrendszerre a fürdő hatása kettős: *zsongító* s *csillapító*; az előbbi hatást a gyorsan ható hidegínger, tehát a hideg leöntés, a hideg lemosás fejt ki, az utóbbit az említett félfürdővel vagy begöngyöléssel (bepakolás) érhetjük el; de ez utóbbi ne tartson oly soká, hogy esetleg hőfelhalmozódás jöjhessen létre. Excitálnunk kell a láz következtében támadó coma, sopor, gyenge, felületes légvét, vagy keringési zavar esetén. Ilyenkor a hőelvonást a félfürdővel, a tonizálást a vele kapcsolatos leöntéssel érjük el (a beteg hátát, mellét vagy fejét leöntjük 10—15 C.<sup>o</sup>-os vízzel). Ha a hőelvonás nem javalt és csak tonizálni kell, akkor a leöntések az üres kádban is alkalmazhatók. A hideg víz hatására esetleg érgöres áll elő, a mely ellen igen jó a félfürdő melegebb vizével való frottage. Ha ellenben csillapítanunk kell az álmatlan, igen izgatott beteget s az izgalom okát a láz adja, akkor a hideg, illetve félfürdővel s az ezt követő begöngyöléssel két javalatnak teszünk eleget, t. i. csillapítunk s hőt vonunk el.



Felmagasztalt szív működéssel járó furibund lázas delirium ellen is igen jó a begöngyölés. A hőelvonas fokozható a begöngyölést megelőző vagy követő ledörzsöléssel. A begöngyölés a fürdőt is pótolhatja, mert 2—4 begöngyölés hidegvizes lepedőbe 10—20 percnyi tartammal felér egy 10 percig tartó 20°-os fürdő hatásával. Ha azonban nem a láz az izgalom oka, akkor igen jó csillapító a közömbös fürdő, esetleg az egy óráig tartó begöngyölés.

Tagadhatatlan, hogy a hideg fürdők utóhatásaképpen a test felmelegedik, mégis egyes adynamikus esetekben a meleg fürdők előnyben részesítendők. Ilyen javulatok adódnak sokszor diphtheria, meningitis, cholera eseteiben, nemkülönben nyugtalan, erősen deliráló ideges betegeknek. Ziemssen ajánlja az erős deliráló typhusos betegeknek az ily fürdőket; tartamuk szintén 15—20 perc, hőmérsékük 33—35°, használatuknak az ideje 6—8, valamint déli 11—12 óra közt van; ugyane cél azonban begöngyöléssel is elérhető, a mely 2—3-szor is megismételendő egymás után, egyenként 10—20 percnyi tartammal.

Láz alkalmával a vérben felszaporodnak a rosszul oldódó anyagok; innen van az, hogy a bőrön, vesén és tüdőn át kevés folyadék távozik; a felhalmozódott folyadék ez anyagok oldására s a vér hígítására való. Az ily súlyos lázas beteg erősen szomjazik; pulsusa szopora, lágy; delirium jelentkezik és sokszor szívgyengeséget vesznek fel, holott a vér besűrűsödése van jelen; ez esetekben feltétlenül javalt a konyhasó infusio (200 cm<sup>3</sup>-es részletekben 1000 cm<sup>3</sup>), a mely typhosus bélvérzésnél s az ez által feltételezett collapsusnál kitűnő hatásának bizonyult (Sahl).

A hydrotherapia lázas betegségek kapcsán akkor ellenjavalt, ha a legcsekélyebb mozgás is ártalmas lehet, így vérzéseknél, embolia, thrombosis, továbbá zsírosan degenerált szív, arteriosclerosis, peritonitis, idős kor, fenyegető collapsus esetén. Gyermekknél különös óvatosság szükséges, mert bőrtük hókiadó felülete aránylag nagy; gyermekeknek hőelvonasra igen jók a felfürdők dörzsöléssel s utólagos leöntéssel, ha ideg inger is szükséges. A gyermekek a hideg és soká tartó fürdőt igen rosszul tűrik s az utólagos hőmérsékemelkedés annál magasabb.

Nem tagadható, hogy lázellenes küzdelemben sokszor cserben hagy a hydiatikus antipyresis; ilyenkor az antipyreticumok szükségesek, melyek a vérhőmérséklet leszállítva, az ez által okozott szopora szívverést is mérséklék, a sensoriumot felszabadítják s a felzárkózt idegrendszert megnyugtattva, a beteg néhány órára jótékony álomba merül, s felébredve subjektív érzése jobb, étvágya javul stb. De a gyógyszer adása is csak azon javulat mellett történhetik, amelyőt fennebb a fűrdőre nézve említettünk, ami annál is jobban megiszívlelendő, mert az antipyreticumok javarészből a szívre is hatnak, úgy hogy jelenlévő szívgyengeségnél a dagolásuk csak a legnagyobb óvatosság mellett történjék. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 48. sz.)

Goldner Viktor dr. A digitalis cumulatív hatásáról. (Oloetta tanár.)

A digitalis cumulatív hatásáról. Oloetta tanár. A digitalis cumulatív hatására visszavezethető, sokszor nagyon súlyos jelenségekről újabban keveset hallunk, ami nyilván arra vezethető vissza, hogy a digitalis ma sokkal észszerűbben használják, mint régebben. Ismeretes, hogy vannak a kiki épenséggel tagadják a digitalis cumulatív hatásának létezését. Köppének saját magán, Fraenkelnek pedig macskákban végzett kísérletei azonban határozottan mutatják az ilyen cumulatív digitalis hatásnak a létezését. Az okát még nem ismerjük, de a szerzőnek vizsgálataiból, (hogy a) cumulatív hatás nem szükséges eni saját maga a digitalis, hanem csak a digitalis levelekben beállt bizonyos változásoknak az eredménye. A friss digitalis leveleknek mincs cumulatív hatásuk, valamint digalen használatára sem mutatkozik ilyen hatás. A digalen úgy látszik olyan állapotban tartalmazzuk a digitoxint, amelyben bevezet a friss levelekben foglaltatik. A további vizsgálásoknak talán sikerülni fog bizonyos adatokat szolgáltatni, a melyek alapján felismerhető lesz, vajjon a digitalis levelekben már beállottak-e azok az elváltozások, a melyek mellett cumulatív hatás következhetik be. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 47. sz.)

A migrophen lecithinnek és chininnek az összeköttetése s mint ilyen különösen idült, habituális fejfájás ellen rendkívül jó hatású. Hollstein nagyon sok esetben használta s azt írja, hogy noha hatása talán nem is következik be oly gyorsan, mint a többi szokásos szer használata után, nagy előnye, hogy hatása huzamos ideig tart, a mit azzal magyaráz, hogy az idegrendszer gyengeségét, a mely főleg a habituális fejfájás keletkezésében nagy szerepet játszik, lecithintartalma miatt javítja. Az adag 1/4—1/2 gramm por alakban, ostyában; ha 1 óra alatt még nem mutatkoznék a hatása, még egy adag adandó. Újabban csokoládéval bevont tabletták alakjában is kapható a migrophen. (Therapeutische Monatshefte, 1906. 10. füzet.)

Phenylform névvel új jodoform-pótló szer került a forgalomba, a melyről nagyon dicsőően nyilatkozik Schuffan, a ki kemény és lágy fekély, panaritium, balanitis, eczema stb. eseteiben használta. A phenylform nem izgat, eczemat nem okoz, erős szárító hatású. Különösen kiemeli a szerző nem mérgező voltát és azt, hogy oly fokú sebszáradást létesít, a milyent más hintóporok használata után sohasem látott. A 10%-os phenylform-gaze sok esetben kedvezőbb hatású, mint a phenylform-por, főleg erősen genyedő sebekenél, a mikor a por alakban alkalmazott szer a sok váladékkal vastagabb pörköket alkothat, a melyek alatt a váladék pangása következik le. Nagy előnye még, az szagtalan volta is. (Therapeutische Monatshefte, 1906. 9. füzet.)

Cascoferrin elnevezéssel egy új készítmény jött forgalomba, a mely a triferrin nevű ismert vaskészítményből és a rhamnus purshiana kergének kivonatából áll. Ez utóbbit, a melynek használatára ismeretes, keserűségétől bizonyos eljárással megfosztották. Olyan vérszegénység-esetekben, a melyekben egyúttal székrekedés is van jelen, a cascoferrin jól használható, a mint ezt Singer állítja. (Wiener klinische Rundschau, 1906. 38. szám.)

Belorvostan. Heveny izületcsúzbán a salicylsavnak nagy adagait használja Clarke. 0.6—1.2 gramm natrium salicylicumot ad óránként a toxikus tünetek (fűlűgás, nagyothallás) jelentkezéseig; a toxikus tünetek megszűntével ismét használni kezdi, az említett adagokat 2—4 óránként. A teljes hatás kifejtésére átlag 12 gramm szükséges. Az említett adagokat a betegek állítólag jól tűrik; émelygést, hányást, depressiót nem észlelni tanúk, károsító hatás a vérkeringési szervekre sohasem áll be. Legfeljebb azt lehetne hátrányul felhozni, hogy a betegek már három nap után oly jól érzik magukat, hogy nem igen tarthatók az ágyban, pedig az utolsó tünetek megszűnése után még három hétig kellene az ilyen betegeket ágyban nyugodtan tartani. A salicylsav nagy adagjainak használata segítségünkre lehet a kankós eredetű izületi megbetegedésekben is; közönséges heveny izületcsúzbán ugyanis a betegek 9—18 gramm salicylsavat elbírnak mérgező tünetek jelentkezése nélkül, a betegség tünetei pedig 3 nap alatt megszűnnek; gonorrhoeás arthritistben ellenben már 7—8 gramm natrium salicylicum elfogyasztása után mérgező tünetek jelentkeznek, s noha a láz és fájdalom csökken, az izület vagy izületek duzzadtsága megmarad s a salicyl használatának abbahagyása után a fájdalmasság is visszatér. Minthogy a salicylnak ily nagy adagokban használata a betegséget nagyon rövid idő alatt megszünteti, ezzel úgy látszik a sziv megbetegedésének az esélyét is csökkenti. (American Journal of the Medical Sciences, 1906. szeptember.)

A bronhectasia gyógyításáról szóló cikkében As Chaplin főleg a tüdőbőrgörbén pangó és bomló váladék befolyásolására terjeszti ki a figyelmet és részletesen leírja a kreosotgőz belégzés technikáját, mint a mely eljárással rendkívül nagy számú esetben nagyon jó eredményt értek. A belégzés nagyon kicsiny (mintegy 4 m<sup>2</sup> területű) helyiségben történik. A benne levő asztalon három lábán eléggé mély zománcozott csésze nyugszik, a melybe 150 gramm közönséges kereskedésbeli kátránykreosotot öntünk és ezt szabályozható borszészámpával melegítjük. A beteg személt órával védjük, a melyet ragasztótapaszsal erősítünk oda. Az orrnyílásokba gyapotot teszünk. Eleinte, a míg a beteg meg-

A bronhectasia gyógyításáról szóló cikkében As Chaplin főleg a tüdőbőrgörbén pangó és bomló váladék befolyásolására terjeszti ki a figyelmet és részletesen leírja a kreosotgőz belégzés technikáját, mint a mely eljárással rendkívül nagy számú esetben nagyon jó eredményt értek. A belégzés nagyon kicsiny (mintegy 4 m<sup>2</sup> területű) helyiségben történik. A benne levő asztalon három lábán eléggé mély zománcozott csésze nyugszik, a melybe 150 gramm közönséges kereskedésbeli kátránykreosotot öntünk és ezt szabályozható borszészámpával melegítjük. A beteg személt órával védjük, a melyet ragasztótapaszsal erősítünk oda. Az orrnyílásokba gyapotot teszünk. Eleinte, a míg a beteg meg-



szokja, nem állítunk elő nagyon sűrű gőzt; később azonban olyan sűrű legyen a gőz, hogy a helyiségben levő tárgyakat alig lehessen kivenni. Ebben a helyiségben a beteg eleinte csak néhány percig tartózkodik naponként, később azonban  $\frac{1}{2}$ —1 órát is, még pedig 6 héten—3 hónapon át; a váladék bűzöségének megszűnése után is végzendő még az ilyen belégzés prophylaktikus célból kéthetenként. A szerző több mint száz esetet kezelt ilyen módon és sohasem látta, hogy a betegek ne tűrték volna. Az esetek közül csak háromban nem mutatkozott eredmény. Ujabban különben prophylaktikusan olyan broncheectasiás betegeknek is igénybeveszi a kreosotbelégzést, a kiknek a köpete még nem bűzös. A mi a váladék pangása elleni küzdést illeti: a stimuláló köptetőktől nem sok eredményt látott. Sokkal hasznosabb a betegnek kellő helyzetbe hozása, hogy a váladék a tágult hörgőkből mintegy súlya folytán könnyebben távozhassék. Ez a helyzet az üreg helyzete szerint természetesen a különböző esetekben más és más. Diffus broncheectasia eseteiben az ágynak lábvégét emeljük és csak egy párnát engedünk használni; azonkívül reggelenként az ágyból hasfekvésben kihajolhatással iparkodunk fokozni az üregek vagy tágult részek kiürülését. (The practit., 1906. decz.)

Az angina ulcerosa typhosa diagnostikai jelentőségéről értekezik Blum, a strassburgi belklinika segédje. Typhus eseteiben az elülső nyivitorlákon, a lágyszájpadlásra átmenésük helyén, kivételesen mélyebben, a hátulsó nyivitorlákon is, többnyire mindkét oldalon lapos, kerekded, kissé felhányt szélű, eleinte vörös környezetű fekélyek jelentkezhetnek. A fekélyek alapja sárgás vagy szürkésárga, lepedék vagy hártya nem látható a fekélyeken, a melyek érintésre könnyen véreznek. A fekélyek többnyire a betegségnek második hetében mutatkoznak, és hol gyorsabban, hol lassabban gyógyulnak heg visszamaradása nélkül. Typhus-recidiva esetén nem szoktak újból jelentkezni. A különböző járványokban változó gyakorisággal észlelhetők ezek a fekélyek, néha az eseteknek 20%-ában is megvannak. Az eset súlyossága nincs befolyással a jelentkezésükre; nagyon könnyű, rövid idő alatt gyógyuló typhus-esetekben is észlelhetők. Csak kivételesen adnak okot subjectiv panaszokra.

Az angina ulcerosa typhosa keletkezését és a typhushoz való viszonyát nagyon különbözőképpen értelmezték. Vannak, a kik a fekélyeket decubitusos eredetűnek tartják; ez ellen szól azonban az a körülmény, hogy nagyon enyhe esetekben is észlelhetők, továbbá hogy a betegségnek olyan korai szakában támadnak, a mikor a betegek többnyire még nem somnolensek, szájápolásuk tehát könnyen történhetik. Mások egyszerűen catarrhalis eredetűnek tartják a fekélyeket és semmiféle vonatkozásba sem hozzák a typhus-szal. A szerzők többsége azonban specifikusan typhosus jelenségnek tartja e fekélyek képződését. Főleg francia szerzők, utalva a torok és a follicularis bélkészülék anatómiai szerkezetének hasonlatosságára, a typhosus bélfekélyekkel állítják őket párhuzamba. Vannak esetek, a melyekben e fekélyekből sikerült a typhusbacillust kitenyészteni.

Általában mondható, hogy az angina ulcerosa typhosa nagyon értékes diagnostikai jel, a mely különösen a typhus és a tuberculosis miliaris elkülönítő kórismézése szempontjából nagy jelentőségű lehet. Vannak azonban esetek, a mikor teljesen azonos fekélyek találhatók, noha a betegség nem typhus. Két ilyen esetet a szerző is észlelt; mindkettőben gümőkóros betegen támadt a fekélyképződés, typhus pedig egész biztosan ki volt zárható. Az angina ulcerosa typhosa tehát egymagában nem elégséges a typhus biztos felismerésére, noha többnyire nagyon értékes diagnostikai jel. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 47. sz.)

Az idült székrekedést nagyon sokszor kíséri a gyomornedv hyperaciditása. Ezt a körülményt ugyan már régóta ismerik, de azért Samuely mégsem tartja feleslegesnek néhány esete kapcsán újból reáirányítani a figyelmet, mert a gyakorlatban még mindig nem veszik eléggé figyelembe. Pedig a székrekedés megszüntetésével a gyomor hyperaciditása által feltételezett zavarok sokszor feltűnő gyorsan megszüntethetők. (Tekintetbe veendő azonban, hogy a székrekedés sokszor épen a hyperaciditás következményeképpen áll elő; a hyperaciditás megszüntetésével ilyenkor a székrekedés is rendbejön.) (Archiv für Verdauungskrankheiten, XII. k., 4. füzet.)

### Idegkórtan.

A bénulás hysteriás természetének felismerése czéljából szokás a lábclonust vizsgálni. Claude és Rose ezt a kérdést Raymond klinikáján vette vizsgálat alá. Egy időben az volt az általános nézet, hogy a lábclonus kizárólag merevgöresös bénulásokban fordul elő, a mely felfogás mellett leginkább Babinski tört lándzsát. Később mások, pl. legutóbb Ziehen is, azt állították, hogy ez a tünet értéktelen, mert hysteriában is előfordul. Babinski azután nézetét megváltoztatta, a mennyiben neki is sikerült, mint másoknak, egészséges emberen egy gyengébb clonust kiváltania, a mely a valódihoz nagyon hasonlít. De ez csak akkor sikerül, ha a vizsgált egyén lábával nyomást gyakorol a vizsgáló kezére. Ezt a soleusok által létrehozott közeperejű nyomás okozta clonust Babinski csonka (fruste) lábclonusnak nevezi. Az volt most a kérdés, hogy ez a csonka clonus tönkreteszi-e a tünet körjelző értékét, vagy van-e olyan módszer, mely a kettő között határt szab meg. Ebben a tekintetben legelőször is arra kell figyelni, hogy a kiváltáskor érezzük-e a beteg lábának nyomását. Azonkívül minden kétes esetben többször kell vizsgálnunk a beteget, mert a csonka clonus ugyanazon egyénen néha kiváltható, néha nem. Claude és Rose graphikai vizsgálatai is mutatnak különbségeket a kettő között.

A pyramispálya megbetegedése következtében támadt lábclonusban az egyes lökések szabályos időközűek és ugyanazon felvétel egyes lökései nagyon csekély eltérésektől eltekintve egyenlő magasak. A lábclonus megszűntekor az időköz nem változik, a kilengések magassága egyenletesen rövidül. A gyorsaság 4 és 6 lengés között változik másodpercenként, de többnyire 6 lengésből áll.

Hysteriás betegeken ellenben a kilengések magassága nem egyenlően szabályos, nagyon magasak és igen alacsonyok követik egymást. A mozgás gyorsabb is ebben a bajban, 12—14 kilengést is találni másodpercenként és a rángások hirtelen szűnnek meg. E mellett a mozgás nem sima, hanem reszkető. Ezt a képet azonban tisztán csak akkor kapjuk meg, ha a beteg figyelmét a mozgásról eltereljük, míg ha a beteg figyel rájuk, igen szabályos clonust kaphatunk. (Revue neurol., 1906. 18. sz.)

### Sebészet.

A tetanus serumtherapiájáról ír Jacobson és Pease. 203 eset statistikáját állítják egybe. Ezek közül 144 eset nagy amerikai kórházak betegeire vonatkozik, 59 pedig az olyan esetekre, a hol a New-York állami közegészségügyi intézet tetanusantitoxint szolgáltatott. Az első csoportban 66 subcutan, 12 intraspinalis, 16 intramusculáris, 1 intracerebrális és 1 intravenosus antitoxin-injectio történt, 48 esetben pedig különféle képletekbe fecskendeztetett a serum; a második csoport 59 esete közül 42 subcutan, 1 intracerebrális injectioval kezeltetett, 16 pedig különböző szövetekbe való befecskendezéssel. Az első csoportban 93 acut, 44 subacut eset volt, 6-ban az incubatio tartama nem ismeretes. Az eredmény 91 acut esetben ismeretes, ezek közül meghalt 78 (85.7%), és 43 subacut esetben, melyek közül meghalt 15 (34.9%). A második csoportban 36 acut eset közül meghalt 29 (80.6%), 21 subacut közül 11 (52.4%). (Acut esetnek nevezi azt, hol az incubatio tartama 10 napon aluli, subacutnak, hol az incubatio tartama 10 napos vagy azon felüli, a maximum 26 nap volt.) A kezelés módjára nézve az első csoportban subcutan kezeltetett 66, az incubatio tartama nincs említve 1 esetben, acut volt 47 eset, ebből az eredmény ismeretes 46-ban, 38 meghalt (82.6%); 18 subacut esetből csak 4 halt meg (22%); a 12 intraspinalis injectio közül acut 7 eset, meghalt 4 (57.1%), 3 subacut eset, mind meggyógyult, 2-ben az incubatio tartama, illetve az eredmény ismeretlen. 16 intramusculáris injectio közül az incubatio tartama ismeretlen egy esetben; 7 acut eset mind meghalt, 8 subacutból csak 4 (50%); 48 vegyes (subcutan, intramusculáris, intraneurális, intraspinalis, intracranialis, intravenosus) befecskendezésben részesült egyén közül 29 acut, meghalt 27 (93.1%); 14 subacut, meghalt 7 (50%). A második csoport eseteiből 42 kezeltetett; 24 acut, meghalt 19 (79.2%), 16 subacut, meghalt 7 (43.8%), vegyes helyen végzett injectioval kezelt 16 beteg közül acut volt 11, meghalt 9 (81.8%), 5 subacut,



meghalt 4 (80%). A 2 intracerebrális injectioval kezelt beteg meghalt, épen úgy az az egy, a kit intravenosus injectioval kezeltek.

Az adagolt serum mennyisége 500 cm<sup>3</sup> felett volt 20 esetben, az átlagos incubatiofartam 10-8 nap, meghalt 5 (25%), a 15 gyógyult eset közül 5-ben az incubatio tartama rövid volt; a kezelés 3-3 nappal a tetanus kezdete után kezdődött s átlag 7-4 napig tartott. A praevenitiv tetanusoltások hasznára nézve tanulságos az a 6 eset, a hol praevenitiv tetanusantitoxin használata ellenére tetanus állott be, de ez 5 esetben enyhén folyt le, míg a 6.-ban 47 nappal a sérülés után tetanus támadt és 5 nap alatt halált okozott (hasonló eset az irodalomban *Sejour*-é és *Suter*-é, hol 22 illetve 47 nappal a sérülés után következett be a sérülés alkalmával történt praevenitiv oltás ellenére a tetanus.

A tetanusantitoxin alkalmazásának különféle módjait mérlegelve, arra a conclusióra jutnak, hogy egy módszer sem alkalmas arra, hogy a toxint, mely nem szabadon kering a vérben és lymphában, közömbösítse, s azért a tetanusantitoxin főleg csak mint prophylaktikus eljárás érdemli meg bizalmunkat. (*Annals of surgery*, 165. füzet.)

Pólya.

A tetanus kezelésére magnesiumsulfat intraspinalis injectióját ajánlja *Blake*. 25% os magnesiumsulfat-solutióból 1 cm<sup>3</sup> veendő minden 20 (férfi)- 25 (nő és gyermek) font testsúlyra. Az injectio 29-37 órára teljesen megszünteti a göresöket, a beteg erőt gyűjthet és táplálkozhatik. Az általa észlelt esetben, hol tetanusantitoxinnak kimutatható hatása nem volt, gyógyulást ért el, míg *Markoe* és *Logun* betegei (3) meghaltak. A szer göresszünetelő hatása kétségtelen lévén, további kipróbálását ajánlja. (*Annals of surgery*, 165. füzet.)

Pólya.

Az aetherbódulat technikájához jó tanácsokat ad *Sudeck*, a kinek nevéhez fűződik ezen eljárás meghonosítása. Az eddig szokásos eljárás abban állott, hogy a maszkra 30-35 gm. aethert egyszerre öntöttünk, a kosarat hirtelen a beteg arcára helyeztük s felszólítottuk, hogy mélyen légezzon. Néhány belégzés, de igen erős excitációs szak után a beteg a narcosis hatása teljesen kifejlődött. Épen a nagyfokú excitatio, a köhögési inger, a félelem s megfúladási érzés elkerülése végett *Sudeck* jelenleg úgy jár el, hogy előzetesen nem önt aethert a maszkba, hanem a kosarat a beteg arcára helyezi s csak ezután kezdi adagolni cseppenként az aethert, majd minden belégzéskor ad egy cseppet s csak ezután adja gyors egymásutánban csepegtetve az aethert; az analgesia beállítását gombostűvel állapítja meg, miként azt neurologiás vizsgálatoknál is szokás végezni. Ezen adagolási módszerrel a régi eljárás hátrányai kiküszöbölhetnek és csak ritkán leszünk kénytelenek a bódulat helyett általános narcosist alkalmazni. (*Münchener med. Wochenschr.*, 1906. 41. sz.)

Steiner Pál dr.

Az epityphlitiszerű kórképekről a hasi szervek kimutatható kóros elváltozása nélkül ezímen *H. Küttner* hosszabb tanulmányt közöl marburgi klinikájából. 21 kórtörténet kapcsán a pseudo-appendicitisről szól, azaz oly kórképekről, melyek az epityphlitis tüneteit mutatták, a nélkül, hogy műtétkor kifejezett elváltozást talált volna a féregnyúlványon. Néha csak a kiirtott féregnyúlványnak mikroskopi vizsgálata adott felvilágosítást, más alkalommal pedig a tüneteket csak feltevással lehetett megmagyarázni, a mint ez tapasztalatainak összegezéséből is kiviláglik:

1. Egészséges környezetben fekvő, külsőleg teljesen épnek látszó féregnyúlvány belseje gyakran súlyos elváltozásokat mutathat.
2. A féregnyúlványnak nyálkahártyája makroszkopice teljesen normális lehet, szövettanilag azonban kóros.
3. Előzetes súlyos féregnyúlványgyulladások is gyom nélkül kigyógyulhatnak; és végül:
4. pusztán mechanikai tényezők, melyek úgy a féregnyúlvány alakját, mint helyzetét szomszédságához illetik, szintén okai lehetnek a féregnyúlványra vonatkozó panaszoknak. (*Beiträge zur klin. Chirurgie*, 51. kötet, I. füzet.)

Geigy.

#### Orthopaedia.

A dongaláb gyógykezeléséről értekezve *Lange B.* (Els melletti Strassburg), a véres műtéttel redreszáló módszereket elvetendőnek mondja s egyedül a modelláló redressement-t tartja

cézlravezetőnek, a melylyel úgy a láb alakját, mint functióját legmegfelelőbben sikerül helyreállítani. A műtétek közül egyedül csak az Achilles-in tenotomiájára van szükség s esetleg, ha a világra hozott dongalábban a lábszár egyes izmainak a bénulása volna konstataható, a mire már *Vulpinus* régebben figyelmeztetett, intransplantatio végzendő a recidiva elkerülése s a láb funtiójának a helyreállítása végett. A modelláló redressement manuálisan végezhető, vagy segédeszközök, redresseurök segítségével, mely utóbbiak minden veszély nélkül vehetők igénybe, ha kellően tudunk velük bánni. A láb redresseurbe fogásával a hypomochliont, melylyel a láb domborulata megtámaszkodik, szükség szerint kell változtatni, sohasem kell törekedni arra, hogy egy ülésben fejezzük be a redressement-t. Az eszköz sohase működék rángatásszerűen, hanem a redressement lassan fokozódó erővel történjék. A láb jó redreszálásánál a kóros állás javításának nemcsak egy csontban vagy ízületben kell lefolylnia, hanem részt kell benne vennie elosztva a láb minden egyes képletének, kisebb vagy nagyobb helyzetváltozásával. Hogy ez lehetséges, azt a szerző számtalan redreszálás után készített Röntgen-felvétellel demonstrálja. Nem így van ez a csontváz műtéteinél, azért e szempontból bírálva a műtéteket, a véres operatiokat teljesen elvetendőnek tartja. Különösen irrationális műtét a *Phelps*-féle, mely utóbbinál t. i. az által, hogy az összes lágyrészeket függélyes irányban, a láb belső szélén, a *Chopart*-féle ízületnek megfelelően a csontig átvágjuk s azután a dongalábat mechanikusan redreszáljuk, a correctio csakis a *Chopart*-izületben jó létre, míg a láb többi képlete változatlan marad. E műtétnak hátránya még a hosszú utókezelés s az a hosszú kemény heg a bemetszés helyén, mely a láb functióját nagyban akadályozza. A láb hajlékonysága egy műtéti mód után sem oly jó, mint a modelláló redressement után. (*Zeitschrift für orth. Chir.*, XVI. kötet, 1-2. füzet.)

Kopits dr.

#### Gyermekorvostan.

A veleszületett angolkór kérdésével foglalkozik *Marfan*. Ismeretes, hogy ezen fontos kérdésben a szerzők mennyire ellentétes nézetet vallanak: míg a francziák tagadják létezését, addig a német és osztrák gyermekorvosok meglehetősen gyakori jelenségnek tekintik. *Marfan* szerint mindenekelőtt a veleszületett angolkórnak lappangó alakja létezik, a mely csupán a görcsövi vizsgálat alapján ismerhető fel. Ezen esetekben a csontelváltozások csak a születés után bizonyos idő múlva válnak kifejezetté. Nem ismerünk olyan tünetet, melynek segítségével ezen alakot a szerzett angolkórtól meg tudnánk különböztetni. Minden olyan esetben, midőn az angolkór nagyon korán nyilvánul craniotabesssel, midőn a koponya lágyága az 5-6. hét előtt észlelhető, kérdéses, vajjon a kórfolyamat nem kezdődött-e már a születés előtt.

A veleszületett angolkórosok jelentékeny része holtan vagy életképtelenül születik. Ezeket csupán a szülészek látják és kórismésük sok nehézségbe ütközik.

Az orvos szempontjából a veleszületett angolkórnak különösen két alakja érdekes. Az egyik alak az, a midőn a születés alkalmával teljesen kifejezett angolkór mellett az újszülött életképes, s az angolkóros elváltozások egyenletesen fokozódnak a későbbi élet folyamán. A második alaknál ép a kórfolyamatnak ezen fokozatos fejlődése mutatja, hogy milyen természetűek voltak a születés alkalmával talált csontelváltozások. *Marfan*-nak mindkettőre volt típusos észlelete és pedig az egyiknél, mely a legritkább esetek közé tartozik, a csontelváltozások születés alkalmával a félreismerhetlenségig kifejezetek voltak. Nagy koponya, kiemelkedő homlok-dudorok, tátongó varratok és kúacsok, bordaporc- és végtag-epiphysis-duzzanatok, elgörbült végtagok. Ezen elváltozások csak a második év vége felé tűntek el. A második alak a kivételes. Ennél születés alkalmával csupán craniotabes volt észlelhető, s az angolkór többi tünete csak később fejlődött ki. (*Semaine medic.*, 1906. 481. lap.)

Flesch Ármán dr.

*Barlow*-kór három esetéről számol be *Comby*. Az első egy 3 hó óta „*lait oxygéné Nectar*“-ral táplált 7½ hónapos fiúcsesemőre vonatkozik. Négy hét óta feltűnően sápadt, sokat sír, alsó végtagjai érintésre rendkívül érzékenyek, mozdulatlanok (pseudoparaplegia dolorosa), a bal lábtőizület magasságában daganat tapint-



ható. A két alsó középső metszőfog körül, melyek egy hó előtt bujtak ki, a foghús erősen duzzadt, vérzékeny és kékesen elszíneződött. A második eset egy 10 hónapos fiúcsesemő, mely négy hetes korától csak Gärtner-féle tejet kapott. A különben jól táplált csecsemőnél az előbbihez hasonló tünetek (pseudoparaplegia dolorosa) jelentkeztek, de duzzanat a végtagokon nem volt tapintható. Foghúsa is ép maradt; fogai még nem voltak. A harmadik észlelés egy 12½ hónapos leánygyermekre vonatkozik. A betegség tünetei itt csak a duzzadt foghús vérzékenységeiben és az alsó végtagok feltűnő érzékeny voltában mutatkoztak. Gyógyulást mind a három esetben az eddigi táplálék beszüntetése után, friss, közönséges módon felforralt tejnek adagolásával, naponként három kávéskanál narancslé hozzáadásával, rövid idő alatt ért el.

Comby az imént felsoroltakkal összesen tízszer látott Barlow-kórt. Köztük 7 fiú, 3 leány volt. Koruk 7—19 hó. Valamennyit hosszú időn át mesterségesen tápláltak és pedig 9 et conserv-tejjel, 1-et iparilag sterilizált tejjel (legenyhébb eset). A betegség főtünetei voltak: 1. pseudoparaplegia dolorosa csonthártya alatti vérömlenyekkel vagy ezek nélkül, 2. a foghús duzzadtsága, leggyöbbször ecchymosisokkal. Gyógyulást valamennyi esetben — a fentemlített eljárással — az eset súlyossága szerint 1—4 hét alatt ért el s azért a betegség kórjósátat kedvezőnek mondja. (Archiv de médecine des enfants, 1906. november.)

Vas Jakab dr.

A Hirschsprung-féle betegséget a kora gyermekkorban támadó bélsárpangással járó makacs, idült székrekedés jellemzi, a nélkül, hogy bélszűkület állana fenn, sőt a vastagbél rendkívül tágult. Hirschsprung s mások is fejlődési rendellenességnek tartották a vastagbél kitégült voltát és ezért nevezte Mya is ezen kórképet megacolon congenitum-nak. Más vizsgálók nézete szerint (Marfan, Netter) a vastagbél dilatatioja csak másodlagosan jön létre, a mennyiben a fejlődési rendellenesség nem a bélumen megnagyobodásában állana, hanem abban, hogy a vastagbél hosszabb a rendesnél és így a hosszú és kaeskarings lefutású bélkacsok könnyen szenvedhetnek megtöretést, a mi azután egyes bélszakaszok kitégülésére vezet. Escherich két esetet észlelt, melyekben a boncsolás alkalmával azt találták, hogy a colon ascendens és a colon sigmoideum rendkívül hosszú és kaeskarings lefutású, azonkívül a colon sigmoideum a colon transversummal egyetemben rendkívül tágult; megtöretés vagy billentyűs elzárás sehol sem volt található. Tekintve, hogy a tágult bél falzatának szövettani vizsgálata semmi elváltozást sem tudott kimutatni, a szerző azon nézetének ad kifejezést, hogy a béltágulat oka a vastagbél rendellenes hosszában és kaeskarings lefutásában rejlik, a mi mechanikai okból vezet azután bélsárpangáshoz, majd béltáguláshoz. (Wiener klinisch-therap. Wochenschrift, 1906. 3. szám.)

Gyenes dr.

Pseudouraemiát észlelt gyermekeknél W. Hull Birchmore. A szerző gyakran észlelt következő tünetcsoportot: fejfájással kezdődő aluszékonyosság jelentkeznek, ez állapotban az érverés lassú s gyenge, a pupillák szűkek, a vizelet fehérjementes, láz van jelen, a légzés felületes. A muscarinmérgezésre emlékeztető ezen betegséget emésztési zavarra visszavezethető autointoxicationnak tartja a szerző és strophantinnal, valamint atropinnal kezeli. (New-York med. record, 68. k. 133. l.)

Deutsch Ernő

A „perhydrase-tej“-ről értekezik Böhme, a ki a hydrogen-superoxyddal kezelt tejet a marburgi klinikán csecsemők táplálására kitűnő eredménynyel alkalmazta. Különösen a 4. élethónapon túl volt csecsemőkön szerzett tapasztalatai nagyon bátorítók. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1906. 43. szám.)

Deutsch Ernő

### Bőrkórtan.

Leukoderma syphiliticum ritka esetét észlelte L. Loew. Az eset 36 éves nőre vonatkozik, a kinek eddig nem kezelt syphilise 5 év óta állott fenn. Syphilitis tüneteit általános mirigymegnagyobodás, szétszórt papulák az arcon és gyengén kifejezett leukoderma colli alkották. Az eset érdekessége a külső genitáliákra, a czombok belső felszínére és a mons venerisre kiterjedő nagyfokú leukodermás foltokban állott. A pigmenthiányos foltok

mintegy két év előtt jelentkeztek s azóta változatlanul fennállanak. A főleg nőknél jelentkező leukoderma syphiliticum tudvalevőleg meglehetősen gyakori tünet, a most ismertetett elhelyezése azonban felette ritka. Neumann nagy statistikájában 370 leukodermaesetről tesz említést és ebben a hypogastrium táján ülő leukoderma csak egyszer fordul elő, a czombokon székelő kettő. A női genitáliákon azonban egyszer sem találták. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 82. kötet, 2. f.)

Guszman.

Tejsavval és napfényvel kezelt gümös fekélyt ír le M. Weisz (Alland). A gégephthisisnek napfényvel való kezelése eddig elég jó sikerrel járt. A szerző ezért megkísérelte a fénykezelést egyéb nyálkahártyáknak gümös bántalmaiban is. Egyik gümös betegének alsó ajkán gümös beszűrődése támadt, mely néhány hét alatt fekélylő esett szét. Az első kezelése a fekélynek napfényesugárzásból állott, de ez eredménynyel nem járt. A később végzett 20%-os tejsavecsételések is sikertelenek voltak. A szerző erre a két eljárást kombinálta. A kezelés a következő volt: Esténként esettelte a fekélyt 25—50%-os tejsavval. Másnap reggel napfényesugárzás. A beteg e célból alsó ajkát kendővel lehúzta, hogy így a fekélyt a napfény hatásának kitegye. Heteken keresztül a beteg összesen 80 órai besugárzást kapott, a mire a fekély lassanként teljesen megtisztult és begyógyult. Szintúgy teljesen meggyógyultak a betegnek gégefekélyei, a melyek ugyancsak a napfény hatásának voltak hosszasan kitéve. (Wiener klin. Wochenschrift, 1906. 46. sz.)

Guszman.

### Húgyszervi betegségek.

A kankó szövődményei között elsőrendű szerep jut a Cowper-mirigy lobjának is. M. Pasteau igen kíváncsnak tartja, hogy ma, a mikor az urethritis chronicát okozó avagy fenntartó bonyodalmak gyógyításának szükséges voltát kellően méltányolva, a húgycső és a prostata masszírozását, a fokozatos tágitást és az urethroskopikus kezelést lépten-nyomon gyakoroljuk, éber figyelemmel tekintünk mindenkor a Cowper-mirigy állapotára is. Cowperitis nem tartozik ugyan a mindennapos complicatiók közé, jelentősége azonban igen nagy, így kezelnünk kell tehát olyan gyakorlatra szert tenni, hogy már a kezdeti szakában is felismerhessük. E célra legalkalmasabb a bidigitális palpatio (mutatóujj a rectumban, hüvelykujj a gáton), a melynek segítségével a húgycső oldalrészeivel egyetemben kitapintjuk a Cowper-mirigyet is és egyúttal ennek váladékát a húgycsőbe masszírozzuk. Ily módon elég gyakran sikert érünk el még azon esetekben is, a melyek bármely más kezelésnek már jó ideje makacsul ellentállanak. (Annales des malad. des org. génito-urinaires, 1906. 21. füzet.)

Drucker Viktor dr.

A vibrációs massage-t ajánlja P. de Sard mindazon esetekben, a hol a prostatának masszírozása javulva van. A műveletet egy külön e célra készített massatorral eszközli, a melyet valamely rezgő-készülékkel avagy elektrikus motorral kapcsol össze. Az ő tapasztalatai szerint a vibrációs massage jóval hatásosabb, mint az, a melyet az ujjunkkal váltunk ki, mert a rezgéssel kapcsolatos nyomásra a mirigy jobban ürül ki, az exsudatum hamarabb felszívódik, az izomtonus növekedik, további előnye még az is, hogy a műtétnek ez a módja a betegre nézve kevésbé fájdalmas, az orvos szempontjából pedig kényelmesebb és tisztább. (Annales des malad. des org. génito-urinaires, 1906. 20. füzet.)

Drucker Viktor dr.

A prostatabántalom nyomán támadó izületi és csúzos jelenségeket tárgyalva M. le Für arra figyelmeztet, hogy ezek jóval gyakoribbak, semmint gondoljuk és hogy a nem osztályozott arthropathiáknak és rheumatismusnak nagy részét a hátulsó húgycső és a prostata fertőzésének rovására kell írunk. Ezen jelenségek egyaránt gyakoriak úgy a heveny fertőzés okozta bajokban (urethritis posterior és prostatitis gonorrhoeica; valamely általános fertőzésből: influenzából, scarlatinából, anginából, parotitisből, typhus lázból eredő dülmirigylob), mint a chronikusokban (prostatitis chronica abscedens, prostatitis granuláris, suppurativa); Klinikailag pedig a legkülönbözőbb kóralakokra fogunk bukkanni, a melyek majd mint valóságos arthritisek (arthritis sicca és a mielőleg ritka, a



suppurativa avagy hyarthrosis), majd pedig mint fertőzésen alapuló izomesúz (lumbago, a lábikrában jelzett fájdalom, a palmaris aponeurosis összehúzódása stb.) jelentkeznek. Hogy ez nem pusztán a theoria, annak igazolására a szerző részletesen ismerteti mindazon eseteit, a hol a prostatábtalomnak gyógykezelését nyomon követte az articularis jelenségeknek a csökkenése avagy a gyógyulása. Ezek után el kell fogadnunk azt a tanácsát, hogy ha más okot nem találunk, hozzuk ezen jelenségeket kapcsolatba a prostatában levő elváltozásokkal, igyekezzünk ezeket meggyógyítani és akkor sok esetben majd amazok is spontán el fognak mulni. (Annales des malad. des org. génito-urinaires, 1906. 20. füzet.)

Drucker Viktor dr.

#### Venereás bántalmak.

**A syphilit vizsgálat majmokon E. Finger (Wien).** A szerző e kísérleti tanulmányában főleg két kérdésre irányította a figyelmét. Vizsgálta egyrészt syphilitis egyének szerveinek és váladékainak fertőzőképességét, másrészt tanulmányozta a syphilit-immunitást. Oltási kísérleteit első sorban nyirokmirigy-részletekkel végezte, a melyeket különböző macacus-fajokba oltott. A nyirok-mirigyek részben a primaer szakban, részben a secundaer szakban levő syphilitis egyénektől származtak. A szerző ily oltási kísérletet összesen hétszer végzett, négyszer az oltási eredmény kifejezett volt. Tapasztalata szerint a syphilitis vírus már igen korán és bőven van jelen a mirigyekben. Érdekesebb azon vizsgálatok, melyeket a szerző syphilitis egyének különböző nedveinek átoltásával végzett. A vér általában nem rejt magában sokat a syphilitis vírustól. Az ondó két esetben fertőzőnek bizonyult, a mennyiben pozitív oltási eredményre vezetett. Az első esetben a régi lueses folyamat a herét magát támadta meg, a másodikban maga a here ép volt, de az illető egyén florid syphilitisben szenvedett. Finger vizsgálatai folyamán az immunitást is kutatta, főleg annak tartamára és létrejöttére fektetve a súlyt. Többszörös oltási kísérletei azt mutatták, hogy a majomszervezet az oltás után egy bizonyos ideig még nem rendelkezik immunitással, mert a reinoculatio újabb infectio adhat alkalmat. Áll ez az immunitási hiány főleg az ú. n. első incubatio időre, más szóval mikor a primaer laesio még nem fejlődött ki. De a tapasztalat azt bizonyította, hogy még a primaer affectio létrejöttékor sem teljes az immunitás, mert a reinfectio akkor is létrejöhethet. De azért ilyenkor az első oltásnak bizonyos befolyása a másodikra már észlelhető, mert a második oltás eredménye rendesen gyengébben kifejezett s gyorsabban muló. Az immunitás syphilitis egyénekben a szerző véleménye szerint sohasem teljes és abszolút, mert a syphilitisben szenvedők, bármily szakban legyenek is, syphilitis vírusra helybelileg mindig reagálnak. (Archiv f. Dermatologie u. Syphil., 81. kötet, 1. f. 1906.)

Guszman.

**Stomatitis mercurialis kezelése methylenkékkel.** A mercurialis stomatitis klinikai megjelenésében sokban hasonlít a stomatitis ulcerosa membranacea-hoz és a közösleges gingivitishez. Sőt a bakteriologiai vizsgálatok mindezen bántalmakban ugyanazon mikro-organismuszokat mutatták ki. Közelfekvő volt tehát a felvétel, hogy a methylenkék a stomatitis mercurialis eseteiben éppen olyan jól fog beválni, mint az ulcerosa stomatitis vagy a Vincent-féle angina kezelésében. Hébert 6 betegre végezte kísérleteit, mind egyiknek stomatitis kénésinjecciók kapcsán jött létre. A kezelés következőképpen történik: Naponta egyszer, reggel, vattával körülcavart pálczika segítségével methylenkék-port hintünk a fekélyes részletekre és a beteg foghúrára; utána szájöblítés 2% os kalium chloricum-oldattal, a mely naponta gyakran használandó. A 6 beteg közül 4 már a negyedik nap után kigyógyult a stomatitiséből, 2 beteg pedig a 6. illetőleg a 8. napon. A szerző szerint ezen kezelésnek az is az előnye, hogy sürgős esetekben még a kénéskezelést sem kell félbeszakítani, és migis beáll a gyógyulás. (La semaine médicale, 1906. 49. sz.)

Guszman.

#### Orr-, torok- és gégebajok.

**Az ozaena fertőző voltáról** ír Lermoyez. 6 esetet közöl, melyekben ozaenás egyéntől másik ember ezen betegséget megkapta. Az első esetben az anyától megkapta leánya, a másik

háromban egyik testvér a másiktól. Különösen érdekes az ötödik és hatodik eset. Egy csecsemőt ozaenás cselédleány gondoz születésétől fogva; a csecsemőnél 18 hónapos korában tipikus ozaenát konstataál Lermoyez. Ozaenás leány, Lermoyez figyelmeztetése ellenére, férjhez megy egy fiatal emberhez, kinek egészséges voltáról házassága előtt Lermoyeznek alkalma volt meggyőződni; 18 hó múlva kifejlődött ozaenát talál nála; gyermekük hat hónapos korában bűzös genyet ürít orrából; syphilis kizárható. A fertőzés nem áll be gyorsan; létrejöttét szoros együttélés segíti elő. A betegség okozójának legnagyobb valószínűséggel a Perez-féle cocco-bacillust lehet felvenni, mert ez az egyedüli mikroba, melynek tenyésztési jellemző bűzt adják és a mely, a kísérleti állat gyűjtőereibe fecskendezve, rhinitis atrophica foetidát okoz. (Berliner klinische Wochenschrift, 1906. 47. szám.)

Steiner Miksa dr.

#### Fülörvostan.

**A novocain alkalmazásáról a fülörvostanban.** Haug tanár a novocainoldatot részint becseppentések, részint bőraláfecskendések alakjában alkalmazta. A kagylón s a hallójáratban 1/2%-os oldat (novocain 0.25, physiolog. konyhasóoldat 50, suprarenin [1:1000] 5 csepp) befecskendésével jó érzéstelenítő hatást ért el. A dobüregbe cseppentésre 20%-os oldatot használt s 15—30 perc múlva kifogástalan érzéstelenség állott be. Megtartott dobhártya mellett, paracentesisnél a novocain vizes oldata nem vezetett kielégítő érzéstelenségre s ilyenkor a novocain carbol vagy thymol glycerines oldatában sokkal jobb anaesthesiát eredményezett. (Acid. carbol p. liquid. 2.5, novocain 5.0, glycerin 25.0; thymol 0.1, novocain 4.0, glycerin 20.0.) Ugyanezen oldatokat acut catarrhalis és exsudativ középfülgyulladásoknál naponta többször becseppentés alakjában alkalmazta s a fájdalomcsillapításon kívül a bántalom lefolyására is kedvező befolyást tapasztalt. Heveny csecsnnyújtványlékeléseknél az említett 1/2%-os oldatnak a bőr és a csonthártya alá fecskendése után csak minimális érzékenység mutatkozott, mely azonban a műtét menetét nem zavarta. Kellemetlen mellékhatást csak egy ízben látott, midőn acut alkoholmérgezésre emlékeztető tünetek keletkeztek. Kísérletet tett a carbol-glycerines novocain 20%-os oldatával erős és makacs subjectiv zörejek leküzdésére is. Ilyenkor néhány cseppet katheter segítségével vitt be a tubán át a dobüregbe s egyes esetekben ezen módon több heti zúgásszünetet sikerült elérnie. (Archiv für Ohrenheilkunde, 69. kötet.)

#### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Enuresis nocturna ellen Vietinghoff-Scheel** a prophylacticus kezelésén és az alsó végtagoknak magasabbra helyezésén kívül a gerincoszlop ágyéki részének rázkódtatási masszálását ajánlja. (Petersburg. mediz. Wochenschrift, 1906. 35. sz.)

**Asthmakarbon** elnevezéssel ismét szaporodott egygyel az asthmaellenes „füstölő”-szerek száma. Az asthmakarbon nem egyéb, mint a Dél-Amerikában otthonos punaria ascochingae nevű növénynek finom pora tablettává komprimálva. Ezt a tablettát a hozzája adott finom poros faszénhengeren izzóvá téve, a támadó fehér gözöket az asthmás roham jelentkezésekor a beteg belélegzi. Sessmann szerint az eljárással nagyon kedvező eredményt lehet elérni. (Therap. Centralbl., 1906. 18. sz.)

**Pruritus vulvae** esetét ismerteti Rothschild. A 42 éves egyénen támadt, rendkívül makacs, minden kezeléssel dacolt betegségben a kék ívfény használata rövid idő alatt gyógyulásra vezetett. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 40. sz.)

**Tussis convulsiva meggyógyulása tracheotomia után.** Körner egy 7 éves gyermek körtörténetét közli. A gyermek tussis convulsivában szenvedett és e közben diphtheriát kapott; a beállott gégeszűkület miatt tracheotomia vált szükségessé. A tracheotomia után a tussis convulsiva-rohamok azonnal megszűntek, úgy hogy csak a még fennállott bronchitis szorult kezelésre. Esete alapján azt hiszi a szerző, hogy tussis convulsiva nagyon súlyos esetében kísérletet lehetne tenni a tracheotomiával. (Therapeutische Monatshefte, 1906. szeptember.)



## Vegyes hírek.

**Lapunk szerkesztősége és kiadóhivatala mult hó 18.-a óta IX., Knezits-utca 15. sz. alatt van.**

**Kinevezés.** Kolozsmegye főorvosává *Filep Gyula* dr.-t nevezték ki. — *Brazik Ferencz* dr.-t a székes főváros főpolgármestere a balparti kórházakhoz segédorvossá nevezte ki.

**Választás.** Hajduböszörmény város orvosává *Kozma János* dr.-t választották.

**Megbízás.** Az igazságügyminister *Kupferschmidt János* dr. nagyszöllősi kórházi osztályorvost a beregszászi törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendőknek második törvényszéki orvosi minőségben való rendes ellátásával bízta meg. — *Mück Arthur* dr.-t a szepesváraljai városi orvosi teendők ellátásával bízta meg.

**Widder Ignác** dr.-t a kassai állami gyermekmenedékhely igazgatófőorvosát a belügyminister ezen állásától, kiváló szolgálatainak elismerése mellett, saját kérelmére felmentette és az intézet ideiglenes vezetésével *Bartos György* dr. intézeti másodorvost bízta meg.

**Egyetemi alkalmazások.** Az orvostudományi tanártestület legutóbbi ülésén a következőket választotta meg egyetemi intézetekhez: *Engel Károly* dr.-t és *Kentzler Gyula* dr.-t díjas és *Benczur Gyula* dr.-t díjtalan gyakornoknak az I. sz. belklinikához; *Verebély Tibor* dr.-t 2. tanársegédnek a II. sz. sebkegelnkhöz; *Chohány János* dr.-t és *Balog Andor* dr.-t díjtalan gyakornoknak az I. sz. illet. II. sz. női klinikához; *Tanco Teofil* dr.-t és *Hlatky Tivadár* dr.-t díjtalan gyakornoknak a II. sz. belklinikához; *Eisler M. József* dr.-t díjtalan gyakornoknak az idegklinikához; *Scholtz Kornél* dr.-t díjtalan laboratoriumi tanársegédnek, *Barlay János* dr.-t I. és *Török Ervin* dr.-t 2. tanársegédnek a szemklinikához; *Feldmann Ignác* dr.-t 1. tanársegédnek az I. sz. kórbonezolóstanai intézetbe.

Ugyanezen ülésben a tanártestület *Flesch Ármin* dr.-nak (gyermekorvos) és *Nádasy István* dr.-nak (nőorvos) egy-egy 2000 koronás Schordann-féle utazási ösztöndíjat ítélte oda jövő január 1-jétől.

**Országos orvosgyűlés.** Az országos orvosszövetség egybehívására a községi és körorvosok e hó 20.-án Budapesten a II. sz. belklinikai tanteremben (Szentkirályi-utca 46. sz.) országos gyűlést tartanak, a melyből kifolyólag küldöttség útján fogják megkérni a belügyministert, hogy a községi és körorvosok helyzetén javítani akaró törvényjavaslatának benyújtása előtt hívjon össze szaktanácskozmányt és erre hívja meg az orvosi kar képviselőit is, hogy módjukban legyen tapasztalataikat ismertetni és megjegyzéseiket megtenni.

A budapesti kir. orvosgyűlés a kezelésében levő dr. Szenger Ede-féle alapítvány kamataiból való segélyezésre pályázatot hirdet. Az alapítványtőkének kamatjévedelméből 400 korona nyomorral küzdő gyakornok orvosoknak segélyezésére fordítatik. A segélyezendők közül absolute elsőbbséggel bírnak a gyakorló orvosok mindazon orvosok felett, kik valamely rendes fizetéssel járó hivatalos állásban vannak vagy voltak, pl. hatósági orvosok, egyetemi tanárok, stb. Elkerülhetlen feltétel — a hagyományozó akaratát értelmében —, hogy a segélyt elnyerő római katolikus, ág. evangélikus vagy ev. református hitvallású legyen. A kérvényezők közül csak azok vehetők tekintetbe, kik hiteles okmányokkal igazolják, hogy a kívánt feltételeknek megfelelnek. A folyamodások f. évi december hó 31.-éig a budapesti kir. orvosgyűlést igazgató tanácsához intézendők és az egyesület első titkáranak, *Lévai József* dr., Budapest, VI., Gyár-utca 19. czímére bérmentett és ajánlott levélben küldendők. A borítékra irandó, hogy tartalma folyamodvány dr. Szenger Ede-féle segélyezésért. Kelt 1906. évi december hó 10.-én. *Bókay Árpád* elnök, *Lévai József* titkár.

A Budapesten tartandó XVI. nemzetközi orvosi congressus főtitkársága jelenleg VIII., Esterházy-utca 7. szám alatt van (bejárat a kert felől). Hivatalos idő további intézkedésig hétköznap d. u. 6—7 óra.

**Meghalt.** *Schönborn K.*, a sebészet tanára a würzburgi egyetemen, 66 éves korában december 10.-én. — *Lapponi G.* tanár, a pápa orvosa, e hó 7.-én 56 éves korában tüdőgyulladásban.

**Kisebb hírek külföldről** *Nicolas* dr.-t Lyonban a bőrkórtan tanárává, *Collerille* dr.-t Reimsban a belorvos tanárává és *Jacquinet* dr.-t ugyanott a kórtan tanárává nevezték ki. — *Richter M.* (törvényszéki orvostan), *Panzer Th.* (alkalmazott orvosi chemia), *Löwy O.* (pharmakologia) és *Fürth O.* (alkalmazott orvosi chemia) magántanárokat a bécsi egyetemen rendkívüli tanárrá nevezték ki, *Zuckerlandl O.* (sebészet), *Salzmann M.* (szemészet), *Unger L.* (gyermekorvos) és *Kraus R.* (serotherapie) magántanárok pedig a rendkívüli tanári címet kapták. — *Bier R.* dr., Bergmann tanár segédje, a szultán meghívására Konstantinápolyba költözik, a hol egyúttal az orvosi iskolán is fog tanítani. (*Bier R.* nem tévesztendő össze *Bier A.*-val, a bonni tanárral, a pangásos hyperaemia felfedezőjével.) — *Bonnet R.* greifswaldi tanárt a bonni egyetemen la Valette St. George nyugalomba vonulásával megüresedő anatómiai tanszékre hívták meg.

A bécsi önkéntes mentőegyesület e hó 9.-én ünnepelte fennállásának 25. évfordulóját.

A szt.-pétervári katonarorvosi akademiát egyelőre bezárták, a következő előzmények után. Október 20.-án az akademia hallgatói — tehát a leendő katonarorvosok! — politikai tárgyú gyűlést tartottak, s ebben határozati javaslatot fogadtak el, melyben többek

közt a következők foglaltak: „Kijelentjük, hogy a forradalmat pártoljuk és támogatni fogjuk s hogy solidarisan érezzük magunkat a forradalmi proletariattal.” A hadügyminister október 30.-áig időt engedett a hallgatóságnak e resolutio visszavonására. Minthogy a hallgatók ezt nem tették meg, az akademiát a hozzátartozó klinikákkal, étkezőhelyiséggel és klubbal együtt bezárták.

A villamosvasúti jegyeket vizsgálta bakteriologialag *Busquet*, bordeaux-i orvos. A mint ismeretes, a jegyek letépésekor a kalauzok megnyálazzák ujjaikat s ily módon szájukból bakteriumok juthatnak a jegyre, de meg a kezükön volt bakteriumok — pedig nyilván sok lehet rajtuk, mert folytonosan pénzt fogdosnak — is jobban odatapadnak a megnyálazott ujjaikról a jegyre. 5 kalauztól eredt 10 jegy vizsgálata következő eredményt adott: mind az 5 kalauztól való jegyeken voltak pathogen bakteriumok, még pedig 4 kalauztól valón streptococcusok és staphylococcusok, 1 kalauztól valón staphylo- és streptococcusok mellett pseudodiphtheria-bacillusok, 1 kalauztól valón pedig streptococcusok mellett pneumococcusok.

**Fiatal simulans.** A párisi kórházak orvosegyületében *Souques* dr. november 18.-án 10 éves leányt mutatott be, a ki hónapokon keresztül elhitette a szüleivel és a házi orvossal, hogy orrfűvaskor férgek távoznak el az orrából. A dolognak az vetett véget, hogy az orrából kiszedett férgeket elküldték a természetrajzi muzeumba, a hol megállapították, hogy a férgek gyümölcskukacok. A gyermek bevallotta, hogy a kukacokat maga dugta az orrába.

### Kérelem.

**Magyarország Orvosainak Évkönyve és Czimtára** szerkesztősége azon kérelemmel fordul az igen tisztelt orvos urakhoz, hogy a küldött kérdőíveket minél előbb kitöltve visszaküldeni szíveskedjenek. Az ez év folyamán letelepedett orvos urakhoz pedig, kiknek neve és czime eddigelé az évkönyvben nem volt még meg, azon kérelmet intézi a szerkesztőség, hogy lakhelyüket a szerkesztőséggel mielőbb közölni szíveskedjenek. Kérdőíveket szívesen küld a szerkesztőség, Budapest, VII., Kertész-utca 16.

**ABBAZIA Dr. SZIGETI MÁRTON**  
(nyáron Gleichenbergben).

**Marilla** sanatoriumban a napi pensio: lakás, kiszolgálás, világitás, élelmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt — 12.50-16 koronába kerül. — Az igazgatóság.

**Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete,** Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

**Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató-tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS.** Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmi. Idült gyomor-bélbajok. Gerincezfertőzések.

**Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében** VI., Andrassy-út 84. megfigyelés alatt álló szoptatós dajkák, minden időben kaphatók. Telefon 93-22.

**Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere)** dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, schias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Rék Béla dr.**

**Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma** IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.

**Budapesti Orvosi Laboratorium** IV., Koronaherecz-utca 18. I. em. Minden nemű ép és kóros váladékot (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, gőrsői és bakteriologial vizsgálatra. Klinikai diagnostika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fűdő-orvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 23.-ától szeptember 20.-áig, vagyis a fűdő-orvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti.

**Orvosi laboratorium:** Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.**  
(Szövetség-utca 14-16.) Telefon-szám 90-46.

**FANGO** -GYÓGYINTÉZET. Körüti fűdő (Erzsébet-körút 51. Csúsz, köszvény, consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. Vezető orvos: **Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

**Simonyi Béla dr.** Modern Röntgen-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágítás; Röntgen-felvételek. Harminczad-utca 6. (Erzsébet-tér sarok) Telefon 49-57. Vibrációs massage.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**Tartalom:** Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIV. rendes tudományos ülés 1906. december 1.-én.) 1133. l. — Közkórházi orvostársulat. (IX. bemutató ülés 1906. október 24.-én.) 1134. l. — Országos rákértekezlet. (I. meg. yitó ülés 1906. november 15.-én.) 1135. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (V. rendes ülés 1906. május 29.-én.) 1136. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 1136. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tudományos ülés 1906. december 1.-én.)

(Vége.)

## Pneumotomiával gyógyult primaer tüdőechinococcus.

**Herczel Manó:** A tüdőechinococcus az összes echinococcusok egyik leggyakoribb faja, mely közvetlenül a májechinococcusok után következik, s az összes echinococcusok 3—15%-át teszi. A tüdőechinococcusok kórisméje a symptomáknak más bántalmakéival való nagy hasonlatossága miatt felelt, így különösen az összes physikális jelek csaknem teljesen megegyeznek az eltokolt mellhártya-izmadmányokéival, s bár egyes szerzők szerint a fájdalom localisatioja, a dyspnoé, a thorax egyenetlen tágulása, a tompulat alakulata, a légzési zörejek, a láz jelenléte, a betegség lefolyásának gyorsasága az elkülönítő kórismét lehetővé teszik, mindamellett vannak esetek, midőn a legszorgosabb vizsgálattal sem tudunk helyes kórismét felállítani. Egy ilyen, keletkezésében és lefolyásában érdekes és tanulságos eset a következő:

F. Guido, 9 éves, gazdatiszt fia Kameniczáról, egészséges családból származik, melyben the. ki nem mutatható.  $\frac{5}{4}$  év előtt tüdőlobot állott ki, 3 hónappal később ismét 8 napig tartó tüdő- és mellhártyalobja volt. További  $\frac{1}{4}$  év múlva erős köhögési rohamok, sok expectoratioval bacillusok nélkül, magas, 39.5 C.<sup>o</sup>-ig emelkedő lázzal, a mely több hétig tartott s lytice esett. Hasonló lázas rohamok hányásingerrel és émelygéssel két ízben jelentkeztek még, mígnél 1905. október 4.-én otthon végzett eredménytelen próbapunctio után haemoptoé kíséretében 4 napig tartott 39 C.<sup>o</sup>-os láz jelentkezett erős éjjeli izzadással.

A gyermek vizsgálat czéljából 1905. november 1.-én került hozzánk, mely alkalommal megállapítható volt, hogy a csenevész fiúcska bal mellkasfele kissé szélesebb, szívtoimpulata jobbra eltol. A bal scapula csúsa alatt kb. tallérnyi terjedelmű tompulat, mely alatt a kopogtatási hang mindenütt tompult, dohos. A légzés vesicularis, alul gyengült. A pectoralfremitus, az egészséges oldallal összehasonlítva, kissé gyengült. Ezek tekintetbevételével, különös figyelemmel az anamnesticus viszonyokra, a kezelő orvos által hangoztatott előző pleuritise, első sorban eltokolt empyemára kellett gondolni, még pedig interlobaris localisatioval. Röntgen-fénnyel átvilágítva, a mellkasban baloldalt a 7. bordán kezdődőleg le a 10. bordáig sötét, szabályos, teljesen és körvonal által határolt árnyék látható, mely a gerincoszlop felé a szív árnyékával egybefolyik, kifelé a mellkas széléig ér. A bal rekesz s ezen árnyék közt ujjnyi széles világos zóna látható.

**Műtét 1905. november 3.-án** enyhe chloroform-narcosisban. Tenyérnyi széles, 4 ujj magas lebeny készítése. A 7. és 8. bordából 9—9 cm. hosszú rész resekáltatik. Punctiora a tüdőből viztisza folyadék ürül, a miből kiderül, hogy tulajdonképen echinococussal van dolgunk. Mivel a pleura kemény tapintata miatt bízható volt, hogy lapjai összenöttek, a tü mentén haladva hegyes szikével szúrjuk fel a tömlőt, mire viztisza folyadék bőven ömlik. E pillanatban vesszük észre, hogy a tömlő csak néhány finom fibrinszállal van a fali pleurához rögzítve, miért is éresipőbe fogva a tömlő falát, erősen elővonjuk. A tömlő és pleura nyílását ezután lassan 4 cm.-nyire tágitjuk; a sebzés széleit összefogva, sikerült a pneumothorax létrejöttét elkerülni. A tömlő megnyitásakor az anyagolyag leválván, kihúzható. Kiderül, hogy az üreg egy bronchussal közlekedik. A tömlőfalnak a pleura nyílásához való kivarrása után a körülbelül gyermekfejnyi üreget steril gazezel tamponáljuk, s a bőrízomlebenyt visszavarrjuk.

**Lefolyás.** Noha a seb s a tüdőüreg teljesen reactionmentes, a 7. naptól fogva magas lázzal igen súlyos urticaria keletkezett, a mely kisebb-nagyobb megszakitásokkal 3 héten át vissza-visszatért, a tápfelvételt csaknem lehetetlenné téve s minden gyógykísérlettel dacolva. Szerencsére a vese állapota teljesen kielégítő volt, úgy, hogy a beteg a 28. naptól fogva az urticaria elmaradásával defervescált. A 7. hét lefolyása után visszamaradt krajezárnyi sipolynylás további 1 hó alatt teljesen elzáródott. A gyermeknél a Röntgen-kép jóformán teljesen ép mellkasi viszonyokat mutat. Kétségtelen lévén, hogy az urticaria a mellhártyának az echinococcus-folyadékkal való fertőzésével áll oki kapcsolatban, ezen lefolyás is bizonyítékul szolgál annak, hogy a punctio tüdőechinococcusnál teljesen elvetendő, veszélyes eljárás. A másik tanulság pedig az, hogy a Röntgen-gép leirt viselkedése az exsudatumtól való megkülönböztetésre felhasználható.

## Tüdőbe áttört májechinococcus transpleurális úton operált esete.

**Herczel Manó:** V. Ignáczné, 46 éves budapesti nőnél 1905 januárjában a gyomorgödör tájékán görcsrohamok jelentkeztek  $\frac{1}{2}$  hónapon át hetenként kétszer. Hányás, esuklás, sárgaság nem volt.

1906. április 1.-én hasonló görcsrohamok jelentkeztek borzongás és magas lázak kíséretében, mérsékelt sárgasággal. Karlsbadi kúrára az állapot állítólag súlyosbodott. Májusban e tünetekhez hányás is társult, később heves köhögés, miközben a beteg fehéres, nyálkás

folyadékot nagy mennyiségben ürített. Junius 7.-e óta a köpet mindinkább sárgás, narancsszínű, a köhögési rohamok 3—5 percenként jelentkeznek.

Szt. Rókus-kórházi osztályomra való felvételekor a beteg a köhögés után majdnem 5 percenként tele szájjal köp ki sárga, nyálkás, hig, szagtalan, amphoter kémhatású, horgokat nem tartalmazó, habzó anyagot, mely az epefesteny reactioit jól adja. A beteg tüdő határai jobboldalt elől egy bordaközzel feljebb vannak. Jobboldalt a scapula alatt és előtt két férfitenyérnyi tompulat foglal helyet, mely a jobb tüdő alsó lebenyének felel meg, lefelé a májtompulatba megy át, s mely felett a légzés éles hörgi, az amphorikushoz közelálló. Röntgen-átvilágításkor jobb oldalon a rekeszizom kupolája felett s töle egy keskeny világos sáv által elválasztva kis tenyérnyi, elég intensiv árnyék mutatkozik, mely a középvonal felé egész a rekeszig folytatódik. Kórisme: A tüdőbe, illetve egy nagyobb bronchusba áttört, epeúttal közlekedő májtályog, valószínűleg echinococcus.

**A műtét 1906. június 21.-én** történt Schleich-féle anaesthesiában. A jobb scapula csúsa mögött kezdődő s az elülső hónálvonalban végződő ivalakú bőrízommetzés a 7., 8. s 9. borda resectiojával. A fali pleuralemezt tenyérnyi terjedelemben a rekesz pleurájával összevarrva, a rekeszen sárgásan áttünő részen próbapunctiót végzünk. Megnyitás Paquelin-nel s tágitás fel- és lefelé gombos bistourival. A szabaddá váló két recessus egyike a máj convexitásában fekszik, kis ökölnyi, részben elmeszesedett echinococustömlőt tartalmaz, melyet eltávolítunk. Az üreg másik része a rekesz felett fekszik, a tüdő-állományba benyomul, s keskeny nyíláson át egy bronchussal közlekedik. Az üreg tisztítása és laza tamponálása után a bőrlebenyt eredeti helyzetébe visszavarrjuk.

**Lefolyás.** A beteg nagyfokú gyengeségétől s kisebb hőemelkedésektől eltekintve a lefolyás kedvező. Szorgos kezelésre az óriási seb lassanként záródik, az epefolyás spontan szűnik, úgy, hogy jelenleg, 5 hóval a műtét után, a nagy behatolás helyét csupán egy kis granuláló sebfelület jelzi.

Az echinococcus pulmonis sebészi kezelésének fontossága és szükségessége annál is inkább hangsúlyozandó, mert míg a meg nem operált esetek  $\frac{2}{3}$ -a a legkedvezőbb statisztikák szerint is halállal végződött, addig a pneumotomiával kezelt betegek 90%-a véglegesen gyógyul.

**Rosenák Miksa:** Esetet említ, melyben echinococcus-tömlő a pleuraurbe tört be. Egy férfi tíz hét óta volt beteg, magas lázak, szapora pulsus, erős lesóványodás és icterus. Jobboldalt a harmadik bordától kezdve tompulat, gyengült légzés és mellrengés. Májtoimpulat négy ujjnyira a bordaiv alatt. Probapunctio genyet mutatott, az eset empyemának látszott. Hogy az empyema mennyire függ össze a májtompulattal, nem lehetett eldönteni, mert a beteg potator lévén, hepatitis interstitialis is felvehető volt.

A poliklinika kórházába történt felvételekor feltűnő volt, hogy helyzetváltoztatáskor a tompulat jobban változtatta helyét, mint rendesen. A szülő bordaresectiót végzett, mire echinococcus ürült ki, s a beteg meggyógyult.

**Dollinger Gyula:** Kérde a bemutatót, vajjon a műtét alatt azonnal el tudták-e távolítani az echinococcus-anyatömlőt. Miután Herczel erre igenlőleg válaszolt, megjegyzi, hogy ő olyan esetekben látott többször echinococustömlőt után ptomain-tüneteket fellépni, a melyekben a tömlő vagy annak egy része az üregben visszamaradt. Ilyenkor ezen tünetek addig tartottak, a míg az anyatömlő-rész el nem távozott.

Hogy az echinococcus-folyadék egyes esetekben milyen mérgező hatással bír, azt élénken demonstrálja egy májechinococcus-esete, a melyet a múlt évben Korányi Frigyes klinikájáról helyeztek át hozzá. A betegnek a műtét előtt állandóan igen magas lázai voltak, a miből arra következtettek, hogy a tömlő elgenyedt. Ezen következtetés egészen jogosult volt, mert egybeült a szervezetben a lázas hőemelkedésnek semmi okát sem lehetett megtalálni. A mikor a hasüreg megnyitása után előtte fektűt a tömlő felülete, előbb vékony tűvel próbapunctiót végzett. A nyomás a tömlőben olyan nagy volt, hogy a folyadék a fecskendő dugaszát önmaga toltá vissza. A folyadék viztisza volt, genyedésnek nyoma sem volt. A magas hőemelkedéseknek az oka tehát az volt, hogy a tömlőbeli magas nyomás mellett a mérges folyadékból csekély mennyiségek folyton bejutottak a véráramba.

A tömlő megnyitása után a lázak megszűntek.

**Herczel Manó:** A beteg az operatio után sem volt nagyon jól, kisebb hőmérsékemelkedései voltak, csak az urticaria jelentkezett a negyedik napon. Kétszer láttam ilyen súlyos esetet. Egy collega punctiót hasürbeli daganatot, a beteg hat óra múlva meghalt. A punctió s tü mellett nagy mennyiségű echinococcus-folyadék jutott a hasürbé.

A másik esetben echinococcus lienis volt. Minthogy biztos voltam az összenövés felől, próbapunctiót végeztem, hogy lássam, nincs-e elgenyedve, mert akkor sublimat- és formalin-injectioval is meggyógyítható. Vékonny Pravaz-tűt szúrtam be és két órával később súlyos collapsus-tünetek jelentkeztek. A mint a beteg kissé összeszedte magát, rögtön laparotomiát végeztem s a szabad hasüriben 0.4 l. echinococcus-folyadékot találtam. Kivarrtam a cystát. Összenövés azonban nem volt



és így a finom próbapunctió nyíláson át ennyi folyadék távozott. A beteg nagysokára meggyógyult.

**Helyreigazítás.** „A köldöksérv gyökeres gyógyítása Pfannenstiel-Menge szerint” cím alatt tartott betegbemutatósomhoz (Orvos-egylet 1906. decz. 1-én) Tauffer tanár úr hozzászólásában (Orvosi Hetilap 1906. 1114. oldal) felemlítette, hogy egy köldöksérv miatt operált betegem járt nála „sok panaszszal, melyek mind a hegbe vonatkoznak.” Ezen szóban forgó betegről meg kell jegyeznem, hogy nem Pfannenstiel, hanem a régi Maydl-féle módszer szerint volt 1906. februáriusában műtve. A mikor a Menge-Graser-féle közlemény az idén áprilisban megjelent, ez a K. G.-né már igen nagy fájdalomról panaszkodott. Különösen az ő esete birt rá, hogy a Maydl-műtétet elhagyjam és a Pfannenstiel-Menge-félével próbálkozzam meg, mert ez a módszer megközelítőleg normalis anatómiai viszonyokat állít helyre. A bemutatás után mind a nyolcz harántmetszéssel operált betegemről tudakozódtam, ez óráig mind jól van és recidivamentes. Budapest, 1906. decz. 11-kén.

Halló Hámér dr.

## Közkórházi orvostársulat.

(IX. bemutató ülés 1906. október 24.-én.)

Elnök: Dirner Gusztáv. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Vége.)

### Halálos carotis-vérzés a fülből.

**Török Béla:** A dobüregből történő veszélyes vérzéseknél főleg a közvetlen szomszédságában lefutó két nagy ér, a carotis és a sinus sigmoideus illetve vena jugularis jön tekintetbe.

A dobüreg elülső falát, a mely paries carotides nevet is visel, mivel egyszersmind az ércsatorna megfelelő részének hátulso falát alkotja, változó vastagságú, olykor papírvékonyaságú csontlemez alkotja. Rendes körülmények között egy vagy két kis csatornácskát találunk benne, melyek a dobüregtet az ércsatornával összekötik, s az arteriae carotico-tympanicae s a kisérő vénák befogadására szolgálnak.

Ezek helyét vékony falzat mellett nem ritkán kisebb, olykor nagyobb csonthiányok, dehiscenciák foglalják el, mikor is az érfal ezek egész kiterjedésében a dobüreg nyálkahártyájánál fekszik.

A dobüreg alsó fala a fossa jugularis boltozatának tetejével azonos, s így a dobüregtet elválasztja a bulbus venae jugularistól. Szintén változó vastagságú s képezetheték vékony csontlemezből, mely helyenként hiányos lehet, s ilyenkor a bulbus hólyagszerűleg a csonthiányok helyén csak a nyálkahártyától fedve bedomborodhatik a dobüregbe. Ilyen anatómiai viszonyok mellett akár sérüléseknél, akár a dobüreg lobos megbetegedésénél az érfalnak a bántalom körébe vonásával könnyen érthetőleg vérzések következhetnek be a nagy erekből.

Nagy kiterjedésű csontreszcolással járó folyamatoknál a távolabb, illetve mélyen a csontban lefutó erekből is beállhat vérzés, így a sinus laterálisból, a sinus petrosus sup. és inferiorból, az arteria meningeae mediából vagy stylo-mastoideából.

A vénákból inkább sérüléseknél szokott profus vérzés bekövetkezni, lobos folyamatoknál ritkán van vénás vérzés, az irodalomban összesen 17—18 ilyen eset van említve. Ilyenkor a venosus érrendszer és keringés természeténél fogva inkább a thrombosisra hajlandóság lép előtérbe.

A nem sérülések után támadt életveszélyes vérzések túlnyomó számban a carotisból történnek.

Az említett praedisponáló anatómiai viszonyok ellenére, aránylag ritkán találkozzunk carotis-vérzéssel középfül-folyamatoknál. Jourdin, a ki az irodalomban található eseteket összegyűjtötte, összesen 40 esetről referál. Azóta még 3 esetet közölték.

A mi azon kórfolyamatokat illeti, a melyek a carotis artrosiojához vezethetnek, rosszindulatú alképletek (sarkoma, carcinoma), cholesteatoma, lues, a heveny fertőző bántalmak közül a scarlatina s az esetek túlnyomó, mintegy 60%-ában tuberculotikus ronscolása a csontnak szerepelnek.

Magának az érfalnak megbetegedése, fellazulása mellett az esetek legnagyobb részében sequester vagy éles csontszél által való horzsolás vezetett az ér repedéséhez.

Aránylag ritkán szokott egyetlen vérzés halálra vezetni, többnyire eláll a vérzés és rövid időn belül ismétlődik; magára hagyva kivétel nélkül minden carotis-vérzés halálos kimenetelű.

A therapia az illető oldali carotis communis alakításában, s a csontgócoknak kitakarításában áll, ha a beteg erőbeli állapota ezt megengedi.

Az irodalomban 43 eset közül az említett műtét beavatkozás 14 esetben történt, 5 gyógyulással, ezek közül 4 esetben gyermekeknél heveny fertőző betegség, nevezetesen scarlatina kapcsán fejlődött középfül-gyulladás mellett.

Tekintve a carotisvérzések rendkívül veszélyes voltát, Jourdin azt tanácsolja, hogy a dobüreg elülső falának carotikus volta mellett, ha a beteg állapota megengedi, haladéktalanul a gyökeres műtétet kell folyamodni, a beteg életét ezen oldalról is fenyegető végzetes szövődemény elhárítására.

A bekövetkezett vérzés esetén, a mennyiben orvosi segély rögtön kéznél van, a carotis digitalis compressioja mellett csak magának a

dobüregnek kitamponálása vezethet célra. Pusztán a hallójárat tamponálása mellett a vérzés a tubán keresztül akadálytalanul tovább folyik.

Esetünkben a beteg, kitől a bemutatandó készítmény származik, 50 éves vasúti munkás volt, kit előrehaladott tuberculosisra vettek fel a II. belklinikára. Évek óta jobb oldali fülfolyása volt. A fül vizsgálatkor a hallójárat s a dobüreg híg, bűzös genynyel volt telve.

A dobhártya, a hallócsontocskák teljesen hiányoztak, a dobüreg falainak legnagyobb része lemozdult, szondával érdes tapintatú volt, a carotis látható vagy hallható pulsatioja, vagy a genynek feltűnő pulsatioja nem volt észlelhető, a mit ilyen esetben egyesek tapasztaltak. Tekintve a beteg rendkívül gyenge, cachectikus állapotát, műtétről szó sem lehetett, s naponta többször bóroddattal való kifecskendezés által csak tisztán tartották a fület. Január 5.-én délután minden előzmény nélkül pulsatioval hirtelen profus vérzés állott be jobb füléből, egyidejűleg orrán-száján, sőt az ellenoldali hallójáratból is dől a vér. Mindkét hallójáratnak s az ornyílásoknak tamponálása mellett lassan megszünt a vérzés, miután a beteg hozzávetőleg 1 liter vért veszített. Egy órával a vérzés megszűnte után láttam a beteget.

A jobb hallójárat a tampon mögött véralvadékkal volt kitöltve, a bal hallójárat kitisztítása után kitűnt, hogy a vérzés ezen oldalon egy régi dobhártya-perforation át történt, miután a tubán át ezen dobüregbe is betolult a vér.

A beteg közérzete a nagy vérvesztés ellenére elég jó volt. Pulsusa bár kissé könnyen elnyomható, de jól tapintható és rhythmusos.

Néhány órával később a beteg ágyából felkelt, de alig néhány lépés után összerogyott s meghalt.

A boncoláskor kiterjedt tüdőbeli caverna-képződés mellett bël-tuberculosis és az itt látható sziklacsont-lelet volt található. A dobüreg falai, a tegmen tympani és antri cariosusok, az elülső fal részben hiányzik, s a carotison mintegy centiméternyi folytonossághiány van.

**Medvei Béla:** Az ilyen vérzések csakis akkor gyógyíthatók, ha a carotis communis alakítása azonnal megtörténik. Egy ilyen szerencsés kimenetelű vérzést észlelt 22 év előtt. Egy 35 éves aszszonyt a jobb füle mögött volt daganata miatt az izraelita kórházban Báron tanár megoperált. Műtét közben kiderült, hogy a sarkomás daganat a parotisból indul ki, s egy lebenye abba a mélyedésbe nyúlik be, a mely az alsó állkapocs felhágó ága és a process. styloid. között van.

A daganat kiirtása után az üreget jodoformgaze-zal tamponálták. A gyógyulás láztalan, rendes lefolyású. Az 5. vagy 6. nap hajnalán arra ébredt a beteg, hogy a megoperált fülenek tájékából valami meleg nedv folyik, a mely vérnek bizonyult. Míg a rögtön értesített orvos megérkezett, legalább is egy liter vért veszített a beteg. Az orvos a kötést leszedte s a sebüreget erősen tamponálta, de a vér szivárgása nem szűnt meg. A kora reggel érkezett főorvos a tampon kivétele után konstata, hogy a vérzés arteriosus, de helye a mélységben pontosan meg nem állapítható, miért is a carotis communis azonnali alakítását határozta el. Az orvos távollétében a szülő segédkezett, s a műtét: a közös fejűtér kipraeparálása s négyeszeres lekötés után történt átvágása haladéktalanul meg is történt. A vérzés azonnal megszűnt, s a beteg 5 hét után teljesen gyógyulva hagyta el a kórházat.

A közös fejűtér lekötsége a betegnek semmiféle zavart nem okozott. Felemlíti az esetet, mert nem tudja közölték-e? A bemutató a világirodalomból vett esetek között nem említette.

### Sajátságos gégesérülés esete.

**Minich Károly:** Egy 19 éves napszámost 1906. szeptember 5.-én a gépszíj elkap és a gép kereke alá sodor. Sérülésével azonnal kórházba kerül, a hol törzsen és nyakán sávos hámozsolásokat, a nyakon és a kulcsontok mentén bőremphysemát találnak. Lélegzése szaporának, a belégzési szakban zörejesnek, általában nehezítettnek bizonyul. A gége és a légcső tájéka érintésre fájdalmas, a nyelés nehezített. Véres köpés van jelen. A hőmérsék 39° C. Minthogy állapota nem javul, szeptember 7.-én alsó légcsőmetszést végeznek rajta, a mire légzése némileg megjavul. Ennek ellenére másnap, szeptember 8.-án a sérült meghal.

A törvényszéki orvosi boncolatnál a már említett sávos hámozsolásokon kívül kizárólag a gégeben és környezetében voltak sérülések elváltozások kimutathatók. A gége nyálkahártyája ugyanis a valódi hangszalagoktól kezdve a pajzsporez felső széleig körkörösén le volt hántva és az epiglottis tövének felkunkorodott állapotban a gégebemenet ürterébe emelkedett be. A pajzsporez elülső felülete a környező lágyrészekről külön volt választva, a minek folytán a porcos váz és a fedő izmok között tasak képződött, mely a pajzsporez felső szélénél a gége ürébe nyílt. A sebfelület mindenütt diphtheriásan lepedékesnek, erősen bomlónak bizonyult. Véralvadék sem a gégefő előtti torokban, sem a gégeben nem volt. Mindkét, de különösen a jobb tüdőben kiterjedt nyelési tüdőgyulladás volt kimutatható, a mely kiemelkedően folytán az egyén halálát okozta.

### Praevertebrális nyaki tályogból fejlődött meningitis cerebrospinalis esete.

**Minich Károly:** Egy 17 éves fiúnál a meningitis cerebrospinalis okaként a gerincoszlop nyaki részletén talált praevertebrális éves tályog volt tekinthető. Ez ugyanis egyrészt behámozódott régi sipoly útján a bázisginggal, másrészt a VI—VII. nyakcsigolya közötti izület teljes szétválása után a gerinczsutorna ürrel állott közlekedésben. Eredete biztosan kikutatható nem volt. Lehetséges, hogy a fégrenyűlvány környezetében levő eltolt genyedésnek volt következményes szövődése.



A koponyaboltozat oldalfalán át az agyba hatolt szúrás, a letört késpenge beékelődése, agytályog, agyhártyagyulladás.

**Minich Károly:** Egy 35 éves napszámosnál, a kit napokkal, alkalmasint 10 nappal a halála előtt fültövön szúrták, az alapi agyhártyák genyes gyuladása volt jelen, a mely agytályognak az oldalgyomrokba való áttörése útján fejlődött. A jobb halántékfelely hátulsó részén egy subcorticalis elhelyeződésű tályog volt, a melynek ürébe a szikla- és a falesont közötti varraton át behatoló késpenge letört és beékelte része 13 mm.-nyire beemelkedett. Ezen tályog növekedése közben az oldalsó gyomor hátulsó szarvába tört és a meningitist okozta.

**Pólya Jenő:** A gégemetszés-esethez szól hozzá. A fiut délután hozták be a kórházba és a szülő másnap látta. Tracheális stenosis tünetei nem voltak. 400 láza volt és a tüdőben kiterjedten szörtyözrejek, bronchopneumonia. A gége súlyos sérülésére nem lehetett következtetni. A gége tájéka érzékeny volt, csekély subcutan emphysema. Harmadik nap végezték a tracheotomiát, akkor sem strict indicatióból, hanem felvették, hogy submucosus haematoma van. A sectio sokkal nagyobb elváltozásokat derített ki, mint a minőket a klinikai tünetek alapján fel lehetett volna venni.

(X. bemutató ülés 1906 november 7.-én.)

Elnök: Dirner Gusztáv. Jegyző: Feldmann Ignác.

A szív skiagrammja párhuzamban a kopogtatási módszerekkel.

**Hochhalt Károly:** (Lapunk külön mellékleteként egész terjedelemben közzültk.)

**Stein Adolf:** Az orthodiagraphia sem mutatja egész pontosan a szív igazi nagyságát. Igazi nagyságában a szívet csak akkor lehetne látni, ha párhuzamos, azaz olyan sugarakkal vizsgálunk, a melyek derékszög alatt esnek az ernyőre. Minthogy azonban a diaphragma szűk nyílásának elhagyása után a R.-fény hosszú kúp alakjában tovább terjed, a szív árnyékkepe az ernyőn valamivel nagyobbak vetítették, annál is inkább, mert az ernyő is néhány cm. távolságban van a szívtől, a mi a szív árnyékának nagyobbodásához hozzájárul.

## Országos rákértkezet.

I. Megnyitó ülés. (1906. év november 15.-én.)

(Vége.)

**Verebély Tibor dr. a rák kóroktanáról** szól. Előadását eredeti közleményeink során hoztuk.

Hozzászól:

**Stróné Ferenz dr.** (Ujvidék), a ki saját észleleteiből közölt egyet-mást, a mi a rák gyógyíthatóságára utal. Főleg a chininsók specifikus hatását említi és ebből azt következteti, hogy a protozoáknak vagy más ismeretlen parazitáknak fontos szerep jut a rák kóroktanában.

**Pattantyus Ábrahám dr.**, az illavai m. kir. fegyház főorvosa összegyűjtötte a fegyházban észlelt rákeseteket és ezekből azt a következtetést vonta le, hogy a lelki depressióknak a rákbetegség kóroktanában jelentős szerep jut. Az illavai m. kir. országos fegyintézetben 1855-től 1905-ig észlelt 1911 elhalálozási esetből 13 rák volt, a mi 1 millióra átszámítva 6800 esetet tesz ki. Lényegesen nagyobb szám ez, mint a milyet nem fejeznek ki a rákstatistika kimutat.

**Büben László dr.**, a márianosztrai női fegyház főorvosa a rák-betegséget előidéző okok közt igen fontosnak tartja a huzamosabban tartó szomorúságot és lelki lehangoltságot. A statistika meggyőző adataival kimutatja, hogy a nőfegyház létesítése óta a mult év végéig terjedő 48 év alatt a 6845 letartóztatott nő közül 21 szenvedett, illetve halt el rákban, vagyis 1000 fejezőre 3.02 halál, egy millióra 3020 esik, holott a szabad életben egy millióra csak 559 rákhalálozás jut. Tanulságos táblázatokban feltünteti, hogy míg a szabad életben a 40. életéven alul ritkán fordul elő a rákbetegség, eddig a 21 rákbeteg közül ötven 30 éven és négyen 40 éven aluliak voltak. A beszállítás első négy évében a 21 közül 15-en haltak el s ezek közül is az első év követelt legtöbb áldozatot. A két évnél rövidebb időre elítéltek közül egy sem betegedett meg rákban, tehát a megbetegedés növekszik az elítélés súlyosságának mértékében, a 2-10 évre elítéltek közül már 13-an betegedtek meg rákban. Az ismételt bűnhődők közül, kik megszokták már a fegyház levegőjét s kevésbé szomorkodnak, kisebb a megbetegedés. Hasonlóan kisebb a megbetegedés azoknál, kik otthon sem gyermekeket, sem közelebbi rokonokat nem hagytak hátra. Ezen adatok és összehasonlítások félremagyarázhatlanul jelzik a huzamos lelki lehangoltság hatását a rákbetegség kifejlődésére. A lelki lehangoltság tapasztalatilag legnagyobb a beszállítás első éveiben, később enyhül ugyan, de végkép csak a szabaduláskor szűnik meg. Továbbá statistikai táblázataiban kimutatja, hogy az iszákosok gyakrabban betegszenek meg rákban s befejezésül érdekesen bizonyítja az orvosok egy része abbéli feltevésének helyességét, hogy a rákbetegség növekedő számának egyik oka a túlnyomó hústáplálkozás. Negyvennyolc év alatt a letartóztatottak jó harmadát kitevő szlávok (tótok) közül egy sem betegedett meg rákban. Tudvalevő dolog, hogy ezek fogyasztanak legkevesebb húst országunk egyes nemzetiségei között.

II. ülés. (1906. év november 16.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula dr. Titkár: Zimmermann Károly dr. Jegyzők: Holzwarth Jenő dr., Kubinyi Pál dr., Zirkelbach Antal dr.

**Buday Kálmán „A rákbetegség a kolozsvári tudomány-egyetem kórboneztani intézetének 35 évi anyagán”** című előadását Makara Lajos dr. olvasta fel. A statistikából kitűnik, hogy Kolozsvárt a kórházban elhalt 20 évnél idősebb emberek közt 90% szenvedett rákbetegségben. Ez a szám csak valamivel kisebb mint a hasonló módon összeállított külföldi statistikáké. A rák előfordulási aránya az emberi test különböző helyein több tekintetben eltér a külföldi statisztikák adataitól, így pl. a gyomor- és bélrákok, különösen nőknél aránylag ritkábban fordulnak elő. Az életkorra nézve tett összehasonlításokból pedig az derül ki, hogy a rák Kolozsvárt és vidékén aránylag elég korán jelentkezik, viszont az idősebb kor hajlama a rákos megbetegedésre csekélyebb, mint a Németország különböző helyein összeállított kimutatók szerint.

Hozzászól: **Entz Béla dr.**, felemlítve a budapesti szent István-kórház prosecturájának boncolási anyagáról készített rákstatistika adatait. Azon meglepő eredményre jut, hogy a budapesti adatok teljesen különböznek a kolozsváriaktól, de majdnem mindenben megegyeznek a zürichi kimutatások közöltekkel. A kimutatást a táblázatokkal együtt részletesen fogja közölni.

**Bársony János dr. „Agitatio a rákbetegség korai gyógykezelése érdekében”** címen tart előadást. Eredeti közleményeink során egész terjedelmében közzültk.

Hozzászól: **Velits Dezső dr.** „A méhrák elleni védekezés eredménytelenségéről Pozsonyban” című, a gynaekologia jubiláris számában pár nap előtt megjelent dolgozatom igen elszomorító és megdöbbentő képét tárja fel annak a csaknem teljes meddőségnek, a melynek jegyében Pozsonyban az operáló gynaekologia, 15 éves multja ellenére, a méhrák elleni védekezésben kárhóztatva van. Nem csekély meglepetésemre pedig a mostani értekezleten kiderül az is, hogy a rákbetegség gyakorisága tekintetében Pozsony foglalja el a legelső helyet hazánkban. Dolgozatomban befejező részében azt ajánlom, hogy a pozsonyi példán okulva, a rák elleni védekezést minden vonalon egyszerre kellene megindítani. A méhrák elleni védekezésben pedig valamely sikert első sorban az által érhetőnek el, hogy a gyakorló orvosokat bizonyos turnusokban valamely a körzet központját tevő nagyobb kórházban magunk köré gyűjtve, évről évre gyakorlatilag vezetnők be első sorban a méhrák palliatív kezelésének ismeretébe, a mi mellett bizonyára mindazt a vizsgálati gyakorlatot is megszereznek, a mivel a méhrák idejekorán felismerhető. Általában, bár csak 2-3 évenként ismétlődjenek csak a néhány napra terjedő cursusok, ez is egyik módja lehetne az érdeklődés felkeltésének és folytonos ébrentartásának.

**Fischl Ármán dr.**: A rák elleni közdelemnek eddigi ismereteink szerint egyedüli hathatós eszköze a korai diagnózis. Móját kell ejteni, hogy a korai diagnoszt ne csak azon kórházak és klinikák tehessék, melyekkel kapcsolatosan kórboneztalástani és kórszövettani intézetek működnek. A kis vagyoni közönség egy nagy része kerül a túlszűrt kórházakat, a klinikák pedig igen csekély számúak és szűkek. Igen sok rákgyanus eset fordul meg azon orvosok kezén, a kik a klinikai diagnózis megejtéséhez a megfelelő szakértelemmel rendelkeznek ugyan, de nem bírnak a legkorábbi, azaz mikroszkopos vizsgálat eszközeivel. Rendszeresítenek tehát oly intézetek, vagy jelöltesse ki a már meglevők közül olyanok, melyekhez minden orvos beküldheti majd ingyenes megvizsgálás céljából a kérdéses daganatrésztlet abban a tudatban, hogy az alapos és megbízható véleményt gyorsan meg is kapja. Az ilyenformán szaporodó gyógyulási esetek lesznek legkitartóbb és legnagyobb eredményt felmutató agitátoraink.

**Malom Dezső dr.** Winter tanár azon 3 ponthoz, melyekben a rákbetegségnek a múlt év későn kerülésének okát látja, pontos statistikát fűz és számadatokkal bizonyítja, hogy melyik milyen kárt okoz. Nálunk tudtommal ilyen statistika nincs s az itt elhangzott előadások szintén nem terjeszkedtek ki erre.

Magam 1905 május óta úgy kórházi gyakorlatomban, mint magánpraxisomban a rendelkezésemre álló csekély anyaggon gyűjtök ily irányú adatokat, s ezek alapján beigazoltam látom régen táplált azon gyanumat, hogy a Winter tanár által keleti Poroszországban talált adatok a 2. pontot (bábák lelkiismeretlensége) illetőleg semmiképen sem fedik a mi viszonyainkat. Míg ott e 2. pont csak csekély mértékben érezteti káros hatását, nálunk súlyosan esik beszámítás alá.

19 hónapi adatgyűjtésem szerint 420 eset közül 85-ben (20.23%) sikerült megállapítanom, hogy a beteg bajával először bábához, illetőleg kuruzslóhoz fordult s ezek közül egyetlen egy bába utalta a beteget azonnal orvoshoz. Eseteim természetesen nem voltak mind rákosok, de ez végtére egyre megy a dolog megítélésénél. Tény az, hogy a mi fejletlen kulturális viszonyaink között a bába a vidéki parasztnép között mint gyógyító „tudós” asszony szerepel s intelligensebb köreiben nemcsak mint a szülésnél, a gyermekágyban segítő, hanem mint állandó házi tanácsadó is szerepel, hozzájuk esatlakozik a sok-sok jóakarató egyéb tanácsadó és kuruzsló s a beteg lassan közeledik kezeik és tanácsaik között a sir felé.

Nem hiszem, hogy a bábáknak felvilágosítás vagy körirat útján a rákellenes mozgalomba való bevonásával lényeges javulást érhetnénk el. Ismeretes elszomorítóan csekély intelligenciájuk s habár nemrég egy cikkk látott napvilágot, mely az elsőrangú bábák egész tudását említi, ezt az életben, eltekintve a kevés tiszteletreméltó kivételtől, sehol sem tapasztalhatjuk. Ha pedig a bábák anyagi helyzetének javításától várunk



valami javulást, azt képzelve, hogy talán nehéz megélhetési viszonyaik utalják őket tiltott utakra, családás lesz a reményünk vége, mert a nép egyenesen követeli tőlük a gyógyítást.

Ezen 2. pont tekintetében erőyes kézzel kell tenni valamit, olyat, ami a bajt gyökerében orvosolja.

Törvényeink kuruzslásnak minősítik, ha valaki orvosi tanácsot vagy sebészi, szülészeti teendőt jogosítatlanul „fizetésért vagy jutalomért” végez, tehát oly feltételhez köti a kuruzslás megállapítását, mely a bíró előtt csak a legtrikább esetben bizonyítható. A belügyi és kultusz-miniszter 1902. évi 95.000 sz. rendeletének 12. §-a pedig a bábát csak „hivatásának gyakorlatában” itéli büntetendőnek, ha orvos rendele nélkül alkalmaz gyógyeszközt. Az a bába pedig, a ki nem terhest, szülönőt vagy gyermekágyast lát el orvosi tanácsal, tankönyvük tanúsága szerint nem „hivatásának gyakorlatában” van, hanem egyszerűen kuruzsló, s mint ilyenre a büntető törvénykönyv szakasza irányadó, vagyis a bába is csak „fizetés vagy jutalom ellenében” adott orvosi ténykedéseért büntethető.

A törvényt kell megváltoztatni vagy módosítani!

Ha a „fizetésért vagy jutalomért” kifejezés törv. titok, akkor mindenki kuruzsló, mindenki büntetés alá esik, ki hivatás, jog nélkül orvosi teendőt végez, mely alól csak a rögtöni életmentő eljárás lehet kivétel.

S ha a törvénynek ezen módosítását az illetékes körökben a rákbizottság nem tudná keresztülvinni, legalább a törvény pótlását sürgethetné oly módon, hogy a kuruzslás megállapítása a bíróságnál ne történjék köztörvényi bizonyítás (tanúk stb.) alapján, hanem a bíró szabad mérlegelése alapján, a mint ez pl. az uzoratorvénynél van.

Ezen javaslatomat azzal ajánlom a t. értekezlet figyelmébe, hogy ez által a rák elleni védekezésnek egy oly bástyáját fedezné, melyen át az ellenség, ha fedezetlenül maradna, mindig nagy és érzékeny károkat okozhatna s a melylyel sokkal többet érnenek el, mint egy kuruzslás ellen alakult egyesülettel, mert a Winter tanár által 2.-nak említett okot gyökereiben javítanók.

(Folytatása következik.)

## A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(V. rendes ülés 1906. május 29.-én.)

Elnök: Navratil Imre, később Zwillinger Hugó. Jegyző: Zwillinger Hugó, később Donogány Zakariás.

### Az elülső gégefal pótlása.

Navratil Imre: S. Ö., 30 éves férfi, 1902. júniusban öngyilkossági szándékból a hangszalagok magasságában a gégefalt átvágta; nagy vérvesztéssel és ájultan a kórházba szállították, ahol tracheotomiát végeztek és a nagy harántsebet bevarrták. Nyugtalanágában sebét felszakította, miáltal azon helyen tallérmekkora szűk anyaghány támadt, melyen át állandóan étel, ital és nyál folyt ki. Egy idő múlva elme-gyógyintézetbe szállították, ahol a kanült eltávolították. Egész nyakán kiterjedt eczema keletkezett.

Ily állapotban jött osztályunkra. Midőn az eczema meggyógyult, 1905. június 18.-án tracheotomia inferiort végeztem és szeptember 20.-án a hiányt a nyak két oldaláról vett lebenyekkel befedtem. A lebenyek per primam gyógyultak és teljesen fedték a nyílást. Miután bedugott kanül mellett jól légett, a kanült december 2.-án eltávolítottam.

Jelenleg a beteg kifogástalanul nyel és érthetően beszél, noha hangszalagjai nincsenek, hanem a helyükön képződött lebenyekkel phonál.

### Lymphangioma pharyngis operált esete.

Lipscher Sándor: A beteg, kit már egy ízben bemutattunk, 1905. január hóban jött osztályunkra, ahol nehézlégzés miatt tracheotomizálni kellett. Megvizsgáltatván, kitűnt, hogy a garatot egy sima felületű, lebenyes daganat tölti ki. A valószínűségi diagnos. sarkoma mellett szólt és ezt a kórszövettani diagnos. is megerősítette. Ezért gyökeres műtétre nem gondolva, csupán annyi távolítottam el, hogy a beteg táplálkozni tudjon. Ez, ámbár nagy volt a vérzés, sikerült is, és a beteg csakhamar összeszedte magát. Két hét alatt azonban a daganat eredeti nagyságát ismét elérte. Ez így többször megismétlődött, úgy hogy ez és egyéb körülmények is a daganat rosszindulatúságát kétségessé tették. Azért a kimetszett daganatrészeket újlagos szövettani vizsgálatnak vetettük alá és ekkor a diagnos. lymphangioma cavernosum volt. A daganatot ekkor egy Navratil tanár által szerkesztett eszközzel eltávolítottuk az alapjával együtt, s ezután kiújulás többé nem mutatkozott. A kanült eltávolítottuk. A beteg kifogástalanul nyel és lélegzik, testsúlyban gyarapodott, munkaképes. Az eltávolított daganat gyermekfejnyi nagyságot tett ki, egy részét bemutatom.

Zwillinger Hugó: Kíváncsi vagyok, hogy a kivett daganat méretei és súlya legalább hozzávetőleg felvéssenek a leírásba.

### Veleszületett egyoldalú valódi csontos choanalis atresia esete.

Baumgarten Egmont: A 20 éves fiatal embernek a jobb orrfele, a mióta csak visszaemlékezni tud, mindig el volt dugulva és ezen oldalon nem kapott levegőt. Az elülső orrtükrözésnél, az orrkagylóknak cocainnal való becsesetelése után, a hátsó orrnyílás sikkjában az orrüreg teljesen elzáródó hátulsó falat látni, melyet kutaszszal megérintve mindennél kemény csontot tapintunk. A hátsó orrtükrözésnél igen érdekesekek a tünetek. Az orrgaratüreget meglehetősen nagy, a bal

choana rendes. Jobboldalt a tuba dudorodása feltűnően a középvonal felé van helyezve, úgyannyira, hogy ezáltal a jobb choana felső külső része mintegy egészen el van takarva. A choana alsó részét a sárgásan áttűnő csont teljesen elzárja. A műtét igen nehéz és igen fájdalmas volt, fűróval és hosszú vésőkkel végeztem az orron át, de az abnormis fekvésű tuba miatt nem egészen sikerült, mert csak az alsó belső részét a diaphragmának lehetett eltávolítani.

Navratil Dezső: Azt hiszi, hogy a vomerből kellene elvenni valamit, talán az alsó részből endonasálisan.

Zwillinger Hugó: A tuba annyira el van húzva, hogy az a gyanuja keletkezik, hogy heges elhúzódról van szó és így szerzettnek tekintendő az atresia.

Baumgarten Egmont: A vomer közepéből alig lehet kivenni valamit. Egyik dolgozatában beosztotta ezen atresiákat: jobb- és baloldali, hártys és csontos, valódi és nem valódi atresiákra. Ezen beosztását mások is elfogadták.

A csontos atresiák rendesen veleszületnek. Heg nincs jelen sem itt, sem az orrban, sem a garatban; ez az acquiráltság ellen szól.

Zwillinger szerint a csontos atresia nem szól a szerzett volta ellen. A tuba elhúzódrása hegesedésére enged következtetni.

Baumgarten: Zwillinger gondolatmenete helyes, de hegeket nem lát, ezért veleszületettnek tartja az atresiát.

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A duodenum-fekély sebészi kezeléséről tartott előadást W. J. Mayo a „British medical association” ez évi összejövetelén. Szerinte a duodenum-fekély meglehetősen gyakran fordul elő, de többnyire nem ismerik fel, hanem gyomorfekélynek diagnosztizálják, a mi onnan van, hogy az eseteknek körülbelül 95%-ában a pylorus közelében székel. A baj sokkal gyakoribb a férfiakban, mint a nőkben; 4 eset közül 3 férfiban fordul elő. Sokszor már a műtét előtt sikerül a helyes diagnoszt megállapítani, e tekintetben fontossággal bír a lokális fájdalom és a rigiditás a jobb epigastriumban. Fájdalmak, vérzések, passagiszavarok és hiányos táplálkozás javulják a sebészeti beavatkozást. Alkalmas esetekben a fekély ki is vágható, többnyire azonban csak a hátsó gastroenterostomiára szorítkozunk; vigyázni kell, hogy a jejunumnak legmagasabban fekvő vége kacsaképződés nélkül szorosan fektüdjék a gyomorhoz. A szerzőnek 188 esete közül 175-ben huzamos idő óta fennállott zavarok miatt történt a műtét (2 haláleset); 10 esetben heveny átfűródás (4 haláleset) és 3 esetben heveny vérzés miatt (1 haláleset) avatkoztak be. Azon 103 eset közül, a melyeknek a további sorsát figyelemmel kísérhette a szerző, 93 meggyógyult vagy tetemesen javult, 10 pedig javulatlan maradt, illetőleg recidivált. A behatolás legezészerűben a jobb m. rectuson át,  $\frac{3}{4}$  hüvelyknyire a középvonaltól történik. Az esetleg összenövésbe ágyazott pylorust gyűjtőereinek sajátoság elrendeződéséről ismerhetni fel.

Az előadást követett eszmecsereben Murphy azt említette, hogy a duodenum-fekély ritkábban fordul elő, mint a gyomorfekély. A diagnos. tekintetében fontosnak tartja, hogy az étkezés után mennyi idő múlva állanak be a fájások. Duodenum-fekély eseteiben ugyanis csak hosszabb idővel az étkezés után jelennek meg a fájások, sőt a táplálékfelvétel sokszor meg is szűnteti a fájásokat, mert ilyenkor a pylorus záródik s egy ideig semmit sem bocsát a duodenumba. A duodenum-fekélyek keletkezésében a hyperaciditáson kívül a thrombosis és embolia is szerepet játszik.

A gastroenterostomia befolyásáról a gyomorfekélyre és gyomorrákra tartott előadást Katzenstein a „Verein für innere Medizin in Berlin” november 5.-i ülésén. Tarthatatlannak mondja azt a felfogást, a mely szerint gastroenterostomia után azért javul az állapot, mert a gyomor motorius működése jobbá válik; hiszen gyomorfekély eseteiben nem mindig rossz a motilitás, másrészt pedig a műtét után sem javul minden esetben. Kuttyákon végzett kísérletei szerint gastroenterostomia után alkalikus béltartalom folyik a gyomorba, a minek következtében a gyomornedv savanyúsága csökken; másrészt úgy látszik a gyomor nedvelválasztása is alászáll. A javulást tehát kémiai momentumok okozzák. Rák eseteiben a javulás talán arra is vissza volna vezetendő, hogy a gyomorba folyó pankreasnedv a rák felületes rétegeit megemésztí.

Az előadáshoz fűződött eszmecsereben Ewald kiemelte, hogy a gyomorfekély miatt végzett műtét hasznát nagyon túlbecsülték, a veszélyeit pedig nagyon kevésbe vették. Megoperált ulcus-betegeinél 46% volt a halálozás.

Rosenheim szerint gyomorfekély eseteiben csak a motilitás erős zavara és a folyton ismétlődő vérzés javulja a műtét beavatkozását. A többi esetben a műtéttel elért eredmények nem biztatók, a mit régebbi nézetével ellentétben hangsúlyozni óhaj.

Uj eljárás vérkeringési zavarok felismerésére a végtagokon. A „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien” egyik utóbbi ülésén Moszkowicz főorvos érdekes előadást tartott, a melyben kifejtette, hogy a keringés zavarai a végtagok verőereiben könnyen felismerhetők egy egyszerű eljárással, a melynek az a lényege, hogy a végtagnak valamelyik magasabb helyén történt leszorítása után ennek megszüntével a vér csak lassan jut a végtag távolabb részeibe, ha a vererekben az áramlás akadályozott. Ha egészséges embernek a csonbján gummi-pólyát alkalmazunk oly szorosan, mint a hogy ezt vértelenítés céljából szoktuk tenni: a pólya levétele után a keringés villámgyorsan helyreáll, sőt rövid időre hyperaemia támad, a mely 1—2 másodperc



alatt a lábujjak hegyéig terjed. Ha ugyanezt a kísérletet olyan emberen végezzük, a kinek az alsó végtagjában a keringés akadályozott, azt tapasztaljuk, hogy a hyperaemia a csonbon ugyan beáll azonnal, a térdnél azonban néhány percre megakad a terjedése s 2-5 perc múlva éri csak el a lábujjakat. Gangraena pedig három esetében a gummipólyának 5 percre alkalmazása után a hyperaemia egyáltalában nem terjedt egy meglehetősen élesen határolt területen túl, a miből következtetni lehetett, hogy mily magasságig átjárhatatlanok a verőerek, a mi fontos, mert így megtudjuk, hogy mely helyen végzendő a csonkítás. Az eljárásnak jelentősége van abban a tekintetben is, hogy segítségével jól megkülönböztethetjük a verőeres keringés zavarából és a más okból eredt, de egyébként nagyon hasonló tüneteket okozó lábbajokat, nemkülönben azt is, hogy a lábgangraena a verőeres keringés zavarából, vagy pedig más okból (syringomyelia, lepra) eredt-e.

Az osteomalacia gyógyításáról tartott előadást az olasz bel-orvostani társulat ez évi congressusán Bernabei. Ismeretes, hogy osteolysis eseteiben a bélsárral kiürített phosphor mennyisége 3-4-szer akkora, mint normális állapotban. Ez a fokozott phosphormennyiség a bélsárban azonban fokozatosan csökken, ha alkalmas készületekkel oxygent viszünk a bélbe. Ezzel kapcsolatban az osteomalacia tünetei is javulnak, a csontok megkapják, szilárdságukat, a fájdalmak megszűnnek s az illetők újból visszanyerik mozgásképességüket.

## PÁLYÁZATOK.

A pécsi a. l. gyermekmenhely másodorvosi állására hirdetett pályázat határideje december hó 20.-án jár le. 4-3

4660/906. közg. sz.

A Kispereg és Nemetpereg községekből álló és lemondás folytán üresedésbe jött kisperegi körorvosi állás választás útján leendő betöltésére határidőül f. évi december hó 18. napjának délelőtti 9 óráját Kispereg község-házához kitűzöm.

A körorvos javadalmazása: évi fizetés 1200 korona, nappali látogatási díj 50 fillér, éjjeli látogatási díj 2 korona és Kispereg község székhelyén tejesítendő halottkémlésért esetenként 50 fillér.

A körorvos folyamodása esetén kézi gyógyszer-tartására is fel lesz jogosítva.

E jogosítványa gyógyszer-tartás esetén megszűnik.

Felhívom az ezen állást elnyerni óhajtokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a választás napjáig nyújtják be.

Pécska, 1906. évi december hó 5.-én.

Senk Ferencz, főszolgabíró.

5678/906. sz.

Békés vármegyének békéscsabai járásához tartozó Ujkigyós községben a községi orvosi állás megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen havi előleges részletekben kifizetendő évi 1200 korona fizetéssel, azonkívül 4 szobából álló szabad lakás és udvar használatával, továbbá éjjel kétszeresen számítható nappali házonkívüli 60 fillér, az orvos lakásán 40 fillér látogatási és 40 fillér halottkémlési díj szedésének jogosultságával javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy eddigi alkalmaztatásukat, képesítésüket és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb 1906. évi december hó 26. napjának déli 12 órájáig nyújtják be.

Később érkezett vagy kellőleg fel nem szerelt pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogok.

A választást később megállapítandó napon fogja Ujkigyós község képviselőtestülete megejteni.

A választási naptól számított 15 napon belül a megválasztott községi orvos állását elfoglalni köteles.

Békéscsaba, 1906. évi december hó 4.-én.

A főszolgabíró.

3345/906. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kis-Küküllő vármegyében fekvő Zsidve községi orvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

1. Ezen községi orvosi állás havi előleges részletekben fizetendő 1000 kor. törzsfizetéssel van javadalmazva s egyszersmint nyugdíjogosultsággal is egybekötve.

2. Továbbá a község az orvosnak természetbeni szabad szállást és négy hosszúl tűzfát szolgáltat.

3. Köteles a községi orvos fentebbi fizetés és javadalmazás-ért az összes községi lakosokat díjtalanul gyógykezelni, a halottkémlést teljesíteni és a hűvágást ellenőrizni.

4. Az eddigi orvos a községbeli betegek gyógykezeléséért a községben levő négy szomszédságtól 200 korona tiszteletdíjat élvezett, mit a megválasztandó orvos is szorgalma által kiérdemelhet.

5. A megválasztandó községi orvos a szomszéd bethlenszentmiklósi körből hozzá beosztott 6 szomszéd község kezeléséért havi részletekben fizetendő 600 kor. tisztelet- és megállapított fuvar- és látogatási díjakat élvez mindaddig, míg ezen állás be fog töltetni.

6. Végül megjegyzem, hogy Zsidve községnek lélekszáma 1450 és a községben gyógyszer-tár van.

A választást 1907. évi január hó 5.-én délelőtti 10 órára Zsidve község irodájába tűzöm ki.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, törvényszerűen felszerelt kérvényüket 1907. évi január hó 4.-éig bezárólag adják be.

Hosszúaszó, 1906. évi december hó 6.-án.

2-1

Gyárfás Károly, főszolgabíró.

Békés vármegye közpénztárának sebészeti és elmebeteg osztályain üresedésbe jött egy-egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás a sebészeti osztályon 1000 kor, az elmebeteg-osztályon 1600 kor. készpénzfizetés és mindkét állásnál I. oszt. élelmezés, lakás, fűtés, világítás.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Főbíró

Sándor dr., Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához czimezve hozzám f. évi december hó 28.-áig nyújtják be.

Gyula, 1906. évi december hó 12.-én.

2-1

Békés vármegye közpénztárának igazgatója.

A budapest-lipótmizei m. kir. állami elmeorvóintézetben két orvos-gyakornok felvételik.

Javadalmazás egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés. Orvosdoktorok vagy szigorló orvosok, a kik ezen a réven elmeorvosi gyakorlatra óhajtanak szert tenni, jelentkezzenek mielőbb az intézet igazgatójánál.

Budapest, 1906. évi december hó 10.-én.

Budapest-lipótmizei m. kir. áll.

elmeorvóintézet igazgatója.

3170/906. sz.

Bihar vármegye nagyszalontai járás Árpád községben lemondás folytán megüresedett körorvosi állásra pályázatot hirdetek, s felhívom a pályázni kívánókat, hogy szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb f. évi december hó 21. napjáig nyújtják be.

A választást december hó 22.-én fogom Árpád község-házánál megtartani d. e. 10 órakor.

Javadalmazás: A körhöz tartozó Árpád község részéről évi 700 korona fizetés, Erdőgyarak község részéről évi 500 korona pénzfizetés.

2. Árpád község által természetben kiszolgáltatandó lakás, a melyért azonban 100 korona évi bért tartozik a községnek megfizetni.

3. Szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

4. Kézi gyógytár jövedelme. Kötelessége a szegény betegek ingyenes gyógyításán kívül Árpád községben a halottkémlés díj elküli teljesítése is.

Nagyszalonta, 1906. évi november hó 30.-án.

2-2

A főszolgabíró.

3250/906. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kis-Küküllő vármegye hosszúaszói járásához tartozó mikeszasi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

1. 1200 kor. fizetés havi előleges részletekben.

2. 240 kor. lakbér Mikeszása községtől.

3. A szabályrendeletileg megállapított látogatási, vénnyirási, halottkémlési és vágóbiztosi díjak. Az állás nyugdíjogosultsággal van egybekötve.

A megválasztott körorvos a köréhez tartozó 11 községet köteles havonként egyszer meglátogatni, mely alkalmakkor minden községtől 2 korona fuvar-díj felvételére jogosult.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §., illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi december hó 17.-éig hozzám nyújtják be.

A választást f. évi december hó 18.-án d. e. 9 órakor Mikeszása község körjegyzői irodájában fogom megtartani.

Hosszúaszó, 1906. évi november hó 30.-án.

2-2

Gyárfás, főszolgabíró.

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

**Salvator**



kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és közsvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

**Húgyhajtó hatása!**

**Vasmentes! Könnyen emészthető! Csirmentes!**

Kapható ásványvízkezelőtelepeken vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Szarajevon.

## „GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 93% 0.50% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyulladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltrationál.

Antithermikus hatása.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője: **JENCS VILMOS** gyógyszerész,

Budapest, II., Széna-tér 1. szám.

**Szemgyógyintézet**

**Miskolcz,**  
Széchenyi-utca 5. sz.

Dr. VAJDA GÉZA szemorvos vezetése alatt.

„Bayer“

**CONTRATUSSIN**

„Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**

**Budapest, VI., Andrásy-út 84.**

Minden gyógyszer-tárban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.



Kaliforniai füge-szörp

# CALIFIG

(Név védjegyzve.)



## California Fig Syrup Company

ismert (Syrup of Figs) készítményeinek újonnan bevezetett és védjegyzett elnevezése.

Kellemes és hatásos rendkívül jóízű hashajtó felnőttek és gyermekek részére.

„CALIFIG“-et a legtapasztaltabb orvosok melegen ajánlják, miután mindenkor enyhe, ártalmatlan és biztosan ható hashajtószernek bizonyult. Tisztaságánál és kiváló tulajdonságánál fogva a „CALIFIG“ szívesen és gyakran rendeltetik.

Eladási árak:  $\frac{1}{2}$  üveg 3 K.;  $\frac{1}{4}$  üveg 2 K.

California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.

Európai vezérképviselőség:

Fassett &amp; Johnson, LONDON, Snow Hill 32.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerháza BUDAPESTEN, VI., Király-utca 12.

## Pilul. ferri protoxalati c. quassin Korányi.

Javalt: mindazon esetekben, midőn vas adagolása ajánlatos, vagyis vérszegénység, sápkór, reconvalescentia, női bajok, stb. Quassin-tartalmánál fogva a gyomorba nem bolygó káros, hanem étvágyjavító hatása van. Használat: Étkezés közben naponta 3–6 szem veendő. Ára 2 korona.

Készítője: KORÁNYI LAJOS gyógyszerész, BUDAPEST, VIII., Népszínház-utca 22.

Orvos uraknak minták kívánatra rendelkezésre állanak.

## Dr. Walther Koch-féle „Praevalidin“.

Kenőcs-combinatio camphor és balsam. peruvian. perkutan bevitelére.

Legnagyobb eredmények a tüdővész I. és II. stadiumában, enyhülés és életmeghosszabbító hatás a III. stadiumban.

Specifikum emphysema, bronchitis chronica, influenza, anaemia és szívgyöngeségi állapotok ellen expectoráló és szív-erősítő hatása által.

Csakis orvosi rendelésre kapható a gyógyszerházakban tubusokban à 1.50 korona. Pontos használati utasítás minden tubus-hoz mellékelve.

Woll-Wäscherei und Kämmerei, Abt. chem. Fabrik Döhren Hannover mellett.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére: PHILIPP RÖDER, Wien III/2.

Vegyészeti gyár  
Dr. Fritz és Dr. Sachsse  
Sollnau a S. dbahn

## ALBOFERIN

Egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömesebb 90-14% fehérnye, 0-68% vas, 0-324% phosphor.

Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, Alboferin-tabletták hozzáátétel nélkül 100 db. = K. 1.50, Alboferin-chocolate-tabletták 100 db. K. = 1.80.

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitűnő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérvesszeség, vesebajok, reconvalescentia és szoptatás nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.

# SANATOGEN

fehérnye és phosphor bevitele

a testbe. Az oxydációs energiát

fokozza. Az anyagcserét elő-

mozdítja és ezért a leghatható-

sabb erősítőszer egyike. Orvos

uraknak kísérleti anyagot és

irodalmat kívánatra ingyen és

✠ ✠ ✠ bérmentve küld ✠ ✠ ✠

## BAUER & C<sup>IE</sup>.

Sanatogenwerke,

Berlin SW. 48.

Amerikai rendszerű **hygienikus központi légfűtés** egyszalados házak, villák, sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára.

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!

HOFFMANN MIKLÓS magánmérnök, BUDAPEST, VI., Teréz-körút 35. szám. Telefon 96—96. Telefon 96—96.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A  
**LYSOFORM**  
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRTWIEN, I,  
Wollzeile 40.



Richter Gedeon organotherapiai laboratoriuma,  
Sas-gyógyszár, Budapest, Üllői-út 105.

## BROMLECITHIN RICHTER

Szabadalmazva. Tartalmaz 30% bromot.

A BROMNAK a LECITHINNEL való szerves vegyülete.

**Javulatok:** Neurasthenia, anaemia, chlorosis, rachitis, scrophulosis, diabetes mellitus, gyengeségi állapotok. Minden lépényke tartalmaz 5 cgm. bromlecithint. Egy üveg tartalmaz 100 lépénykét. Ára egy üvegnek 5 korona. Napjában 3-szor 2-3 lépénykét.

## NEOTTIN

(LECITHINALBUMIN) szabadalmazva.

Elsőrangú erős LECITHIN fehérjetartalommal bíró tápszer. Gyorsan képes súlyt szaporítani testet erősíteni. Könnyen szívódik fel a gyomorban.

Tartalmaz: 47-25% fehérjét. 31-0 lecitint. Ára 50 gm.-nak 3 korona 60 fillér, 25 gm.-nak 2 korona.

## Sanatorium Rekawinkel Wien mellett nyugoti vasút.

**Kedély- és idegbetegek részére.**

7 pavillon saját kertekkel. 160.000 m<sup>2</sup>-meter erdő és rétterület. Teljes elválasztás a megbetegedés mineműsége szerint. Individuális kezelés. Hydro-elektrotherapia. Alkalmazási- és fekvő-kurák. Egész éven át nyitva. Főorvos: Univ.-Prof. Fritsch. Tulajdonos: Dr. Sigmund Weiss.

**I. pharmazeutische Produktiv-Genossenschaft**  
r. o. m. b. H.  
Wien XVII., Hernauer Hauptstrasse 130.  
Raktár: II., Garnisonstrasse Nr. 1. \* Sürgősségim: Apothekenverband.

**Kötszerek**  
Emplastra, Collaetina, Collemplastra, Unguenta gyártása.

Sebészeti műszerek, kötések és egyéb betegsükséglet beszerzési forrása.

**Cognac** medic. Jnger Fils & Co. gyártási főraktára.

Készítményeink az Ált. ausztriai Gyógyszerész-Egylet laboratoriumának ellenőrzése alatt állanak.

## Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Magángyógyintézet idegbetegek, belbetegek és üdülők részére.

Felvételek **benlakók és bejárók.** — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villamos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők.** — Diätetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitérő ellátás. — Mérsékelt árak.

Telefon 15-39. — Prospektus.

Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA.



## Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénforrások. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, vízgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás. **Csúsz, kőszvény, ideg-, bőrbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.

Fürdőorvosok rendelései és elismerő nyilatkozatai bizonyítják, hogy a

## Tabl. Ferri Protoxal. Dr. Deér

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is **szerencsés gondolat.** Klinikusok, **nőorvosok** előszeretettel rendelik. 100. darab tabletta üvegben 2 korona. Kapható a gyógyszerárakban.



Al minium acetico-tartaricum Athenstaedt.

Tekintélyek által ajánlott **nem mérgező antisepticum, desinfectans, adstringens.** A chloressavas kali, carbolsav, lysol, eozetsavas aluminium és sublimat pótszere. Prof. Fritsch, a **nőgyógyászati** gyakorlatban speci- ficumnak jelzi. Csak az 50%-os oldat — **Liquor Alsoli 50%** — rendelni ö. Eredeti 80 gr.-os üvegek, mérő-szalával = 1 kor. 20 fill. 13. b.

Szíveskedjék irodalmat és ingyenmintákat kérni:

**Athenstaedt & Redeker**

Hemelingen, Bremen mellett.

Kapható a legtöbb gyógyszertárban.

Főraktár Magyarország részére: Dr. Rosenberg A., gyógyszerháza a „Csillag”-hoz Budapesten.

## LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

# LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

## Budapesti Központi Tejcsarnok-Szövetkezet

VII., Rottenbiller-utca 31.

Elismert kiváló minőségű palacktejen, pasteurizált tejen és tejtermékeken kívül szállít

## Székely-féle gyermektejet

1 üveg 0-2 liter ... .. ára 12 fillér.

1 " 0-1 " ... .. " 8 "

A Székely-féle gyermektej a legjobb anyatej pótló tej csecsemők számára.

**Székely-féle diätetikus tej** gyomor-  
betegeknek,

**Székely-féle diätetikus tej** cukor-  
betegeknek.

120 fiók saját kezelésben.

Telefon 57-04.

## SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D<sup>r</sup>EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rachitis. Kapható minden gyógyszerárakban.

**Szíveskedjék bérmentve kérni** árjegyzéket és mintát vadászati, erdészeti és turisztikai célokra szolgáló legjobb steier

**ferfi- és női lodenszövetekből,**

valamint az összes divatszövetekből férfi- és fiúöltönyökre, felöltőkre, ulsterre, melyek a legolcsóbb és legfinomabb minőségben kaphatók a megbízhatónak ismert elsőrendű és legnagyobb loden-kiviteli cégnél:



**Vincenz Obblack,** cs. és k. udv. szövetszállító  
GRAZ, Murgasse 9/5.

## Sanatorium Wienerwald.

## Téli kúrák tüdőbetegek részére.

Posta: Ortmann, vasúti állomás Pernitz, N.-Ö. Bécestől 2 1/2 órányi távolságban. — Legmodernebb kényelem. Lift, fekvőcsarnokok, majdnem valamennyi szoba balkonnal.

**Egész éven át nyitva.**

**Dr. A. Baer.** Kívánatra prospektus. **Dr. H. Kraus.**



# BIOTIN

sulphoguaiaecol-készítmény.

Javalva van mindazon esetekben, melyeknél a sulphoguaiaecol előnyös formában adagolni szükséges, tehát **tuberkulózisnál, a tüdő chronikus hurutjainál, emphysema, a légző szervek hurutjainál s scrophulosisnál.**

Lázcsökkentő hatása. Az éjjeli izzadást megszünteti.

Kellemes ízű folyadék, gyermekek is szívesen veszik be. Napi adagja felnőtteknek 3-4 kis evőkanállal, gyermekeknek 2-3 kávéskanállal evés előtt fél órával.

**Ára 2 korona.**

Készíti:

**Szűsz István gyógyszerész, BUDAPEST, VII., Csömöri-út 28. sz.**  
Kapható minden gyógyszerertárban.

**Liquor mangano-ferri peptonat. Gude.**

# Liq. Gude

**MANGAN-VAS-PEPTON**  
1890 óta dr. A. Gude & Co által előállítva, LEIPZIG.  
Dr. A. Gude feltalálótól.  
Liquor Gude

Irodalom és ingyen-mintaüvegeket küld kívánatra

**Dr. A. Gude & Co., G. m. b. H. Leipzig.**

# DIGESTOL

(FULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

Kitűnő hatású emésztőpor gyomor- és bélbajoknál. Az emésztést elősegíti, a székletet szabályozza. Adagolás: 3-szor naponta 1/2-1 kávéskanállal, minikenkor étkezés után. Orvosi kitűnőségek által kipróbálva és ajánlva.

Ára egy doboznak 2 korona.

Készíti **GLÜCK REZSŐ** gyógyszerész, gyógyszerertár „a fehér galambhoz”.  
Budapest, VI., Hungária-körút 93. szám.

Telefon 932. Kapható minden gyógyszerertárban. Telefon 932.

**Anämin**  
EISENPEPSIN-  
SACCHARAT-  
**LIEBE**

0.20/0 vas, mint Ferrisaccharat

Tartós!

Jó ízű!

**Gyomornyomást nem okoz!**  
**Székrekedést nem idéz elő!**

(még hosszabb használatnál sem.)

**Étvágygerjesztő!**

Kitűnő bármily gyengeségi állapot, vérvesztés, idült gyomorbajok stb. ellen.

**Liebe-féle**  
**Sagrada-Tabletták**

bevonattal  
à 0.5, 0.25, 0.15 gramm.

**Olcsó,**  
**biztos és enyhe hashajtók.**

**Dobozokban à 50 fillér.**  
Mintákat ingyen küld.

**J. PAUL LIEBE. TETSCHEN A/E.**

**LIEBE'S**  
**SAGRADA-**  
**WEIN**  
Mild  
abführendes  
Verdaunungsmittel

**Málnási**  
**Mária-**  
**forrás**

Természetes alkalikus  
— sós savanydív. —

A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: **ÉDESKUTY L. BUDAPEST.**

Budapesti képviselő:

**Nádas Márton.**

Kútkezelőség: Brassó.

**Szabadalmazva.**

**Gyorsan ható puha salicylszappanok.**

Dr. R. Reiss

**Rheumasan**

tubus K. 2.50; tégely K. 1.50.

**Ester-Dermasan**

tubus K. 3.—; tégely K. 1.80.

**Kátrány - Dermasan**

Chrysarobin-Dermasan  
Chrysarobin-kátrány-Dermasan  
kis tubus K. 1.50; nagy tubus K. 3.—.

**Ester-Dermasan**  
**Vaginal-Kapsulák**

10 darab K. 2.50.

Rheuma, csúsz, ischias,  
migrain, influenza,  
tylosis.

Szintén makacs esetekben,  
továbbá psoriasis,  
pityriasis ellen.

Idült eczemák, pityriasis,  
psoriasis, prurigo  
és scabies ellen.

Para-, peri- Irodalom  
metritis, és minták  
oophoritis. ingyen.

Chemische Werke FRITZ FRIEDLAENDER G. m. b. H., Berlin N. 24.

Auszt.-Magyarors. képviselője: **Alex. Herkner**, Wien, XVIII/2.

**MERAN, SANATORIUM**  
**HUNGARIA.**

Modernül berendezett intézet **tüdőbetegek** számára.  
Mértékelt árak. Prospektus.

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

# Serravallo

**China-bor vassal.**

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által  
legjobban ajánlva.

Kitűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.

Sokszor kitiintetve. — Több mint 4000 szakvélemény.  
Orvos urak kívánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve  
kapnak.  
**J. Serravallo, Triest-Barcola.**

**EPILEPTIKUS** intézet **BALF** gyógyfürdőben.

A nagym. m. kir. belügyminisztérium  
1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rend-  
letével engedélyezve, 200 férfi és női betegre berendezve. Apóliási díj: I. oszt. évi  
1600 k., II. oszt. évi 1000 k. Ezen osztályokon kívül szegény betegek, az országos  
betegápolási alap terhére vehetők fel, a mely esetben a nagym. m. kir. belügy-  
minisztériumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IV. sz. 1903. rendelete értelmében a fel-  
vétel külön-külön kérelmezendő a betegek által. A betegek ápolásával a budai szent  
Ferenczrendű apácák vannak megbízva. Prospektusokkal és egyéb felvilágosítással  
szolgál: Dr. Wosinski István, Balf gyógyfürdő igazgató tulajdonosa. Posta, vasút,  
telefon helyben.

**LEGTÖKÉLETSEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A**  
**LYSOFORM**  
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGEZ, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

**LASSNITZHÖHE** Graz mellett az  
államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak.  
Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet.  
A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játé-  
kok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosítá-  
sal szívesen szolgál a kezelőség. Prospektusok díjmentesen.



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarzi Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Lobmayer Géza: Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi nyilv. rendes tanár.) A májechinococcus végeredményei. 1138. lap.

Veszprémi Dezső: Közlemény a kolozsvári kir. tud. egyetem kórbonczati intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr. egyetemi tanár.) Bacillus fusiformis-szal, spirochaeta gracilis-szal és cladothrix putredogenes-szel végzett tenyésztési és állatkísérletek. Adatok a kísérleti gangraena bakteriológiájához és histogenesiséhez. 1140. lap.

Tárca. Steiner Pál: E. von Bergmann. 1144. lap. — Kössa Gyula: Adatok a sebészet magyarországi történetéhez. 1144. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Berzeller Imre: A szülészeti és sebészeti antisepsis története. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Fleckseder: Az emberi nyál ép és kóros viszonyok között. — Gyógyszertan. Zernik: Újabb gyógyszerek, specialitások és titkos szerek. — Belorvostan. H. B. Day: Epeköbetegség okozta dyspepsia. — Mollère: A gyomorrák felismerése. — Goett:

Sajátságos vérlet ideges emberekben. — Idegkórtan. Hartenberg: A félelmi érzés (névrose d'angoisse) gyógyítása és miben volta. — Sebészet. Ranzi: A törések operatív gyógykezelése. — Weinrich: Jöndulatú hólyagdaganatok terapiája. — Poulsen: A radius típusos törése. — Enoch: Strumánál a pajzsmirigyverőerek önálló leköttése. — Gyermekorvostan. Neu: Melaena neonatorum gelatin-kezelése. — Revilliod és Lang: Rubeola után fejlődött polyneuritis. — Hecker R.: Az alkoholhasználat elterjedése és hatása az iskolásgyermeknél. — Bőr-kórtan. K. Lundsgaard: Lopus conjunctivae kezelése. — Húgyszervi betegségek. Monod és E. Loumeau: Polycystikusan eltorzult nagy vesék. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Pozsonyi: Calig. — Berliner: Jothion. — Pollak: Somatosenak a tejelválasztást növelő hatása. — Solt: Vérzésesillapítás. 1147—1150. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 1151. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 1132. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 1133—1137. lap.

Mellékletek. A Budapesti kir. Orvosegyesület évi közgyűlésének jegyzőkönyve.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi nyilv. rendes tanár.)

#### A májechinococcusok végeredményei.<sup>1</sup>

Irta: Lobmayer Géza dr., műtőorvos.

Ha végig tekintünk a magyar királyi tudomány-egyetemi I-ső számú sebészeti klinika májechinococcusanyagán azon időtől kezdve, mely idő óta a klinika Dollinger Gyula tanár vezetése alatt áll (1897 szeptember) és mely idő óta évkönyveink beteganyagunkról rendszeres és kimerítő adatokat szolgáltatnak, azt látjuk, hogy ezen 9 év alatt 70,693 új beteg fordult meg ambulanciáinkon, s ezek közül 41 szenvedett májechinococcusban, azaz 0.05%. Ezen 41 beteg közül hármat Dollinger tanár még a II. számú belorvostani klinikán operált, úgy hogy áttekintésünkben csupán a tényleg a kórodákon kezelt 38 betegről, valamint azoknak további sorsáról fogunk beszámolni.

A gyakoriság tekintetében ezen arányszámunk megegyezik a rendelkezésemre álló régibb külföldi adatokkal, így Breslauban az „Allerheiligenhospital“-ban 1860—1875-ig 85,062 beteg közül echinococcusban szenvedett 20, azaz 0.023%. A bécsi „K. k. Allgemeines Krankenhaus“ 1854—1875-ig terjedő időközben 36,713 beteget ápolt, köztük 38 szenvedett májechinococcusban, azaz 0.012%.

Kor tekintetében:

1—10 év közötti beteg volt	2
11—20 „ „ „ „	3
21—30 „ „ „ „	9
31—40 „ „ „ „	15
41—50 „ „ „ „	6
51—60 „ „ „ „	1
71—80 „ „ „ „	2

Összeállításunk azon eredménye, hogy a májechinococcusmegbetegedés legnagyobb százaléka (37.5% ezen táblázatban) ép a 31—40. életév között nyilvánul, megegyezik az összes e tárggyal foglalkozó szerzők eredményével. Vegas és Cranwell 948 esete közül a legnagyobb százalék a 31—40. életév közti időszakra esik, 262 eset, azaz 27.6%. Neisser táblázatában 32.0%. Hasonló eredményt mutat Wolf, Krummacher, Böcker, Finsen táblázata is.

Nem tekintetében:

21 betegünk nő volt,  
17 betegünk fi volt.

A nőknek túlsúlya a megbetegedési számban szintén megegyezik az összes hasonló statistikákkal, így Krummacher 86 eset közül 45 nőt talált, Finsen 255 eset közül 181-et, Neisser 358 esete közül 210 volt nő, 148 férfi. Vegas és Cranwell 644 máj-esete közül 328 volt férfi, 316 nő.

Foglalkozás tekintetében:

házi teendőket végzett	16 beteg
állatok körüli munkával foglalkozott	3 „
földműveléssel foglalkozott	3 „
hivatalnok volt	3 „
mészáros volt	2 „
kereskedő volt	2 „
vasúti kalauz volt	2 „
tanuló volt	2 „
varrónő volt	1 „
napszámos volt	1 „
kocsis volt	1 „
tanító volt	1 „
bőrmunkás volt	1 „

A Budd, Oliver, Finsen, Richardson és Cutt, Dévé és Martin által tapasztalt tény, hogy az echinococcusbetegség nagy számát szolgáltatják a juhászok, kanászok, gulyások és mészárosok, nem oly szembetűnő, bár a mi eredményünk is közel jár Peiper arányszámához, ki 110 eset közül 8 juhászt, 3 kanászt és 8 mészá-

<sup>1</sup> Előadatott az „I. Intézeti Tudományos Estélyen“ 1906. december hó 7.-én.



rost talált, tehát összesen 17·2%, míg a mi 38 esetünk közül állatok körüli munkával foglalkozott 3, mészáros volt 2, tehát összesen 13·5%. Előidéző ok gyanánt kutyaival való gyakori érintkezés csak két esetben volt kitudható.

A betegség fennállása tekintetében:

1—6	hó óta vette észre baját . . .	17	beteg
7—12	" " " " " " " " " " " "	5	"
1—2	év " " " " " " " " " " " "	5	"
3—4	" " " " " " " " " " " "	6	"
5—6	" " " " " " " " " " " "	2	"
7—10	" " " " " " " " " " " "	2	"
74 év	" " " " " " " " " " " "	1	"

A betegeknek több mint fele az első évben belül jelentkezett, s ezeknek is  $\frac{3}{4}$  része az első félévben belül. A betegség fennállási ideje igen bizonytalan, első sorban igen lassú növekedése miatt az első időben, másodsorban mert igen hosszú idő mult el már az infectio óta, míg annyira megnövekszik a tömlő, hogy a beteg figyelmét magára vonja főleg a májban, hol semmi nevezetesebb functionális megváltozást az esetek legnagyobb számában nem szokott előidézni. *Barrier* 24 esete közül a legnagyobb contingens a fennállás harmadik és negyedik évében jelentkezett. *Neisser* ide vonatkozó 51 esetében 0—2 év között jelentkezett 18 beteg, 3—4 év között pedig 12 beteg. Betegeink közül bajára 30 a daganat által lett figyelmessé téve, icterusa volt háromnak, egynek daganatát az életbiztosítási orvos-szakértő fedezte fel, egy légzési nehézségei miatt jött a klinikára, egy étvágytalansága miatt, egy forróságai miatt, egy epekőszerű fájdalmak miatt s végül egy betegünket három hó alatt háromszor ismétlődött, hirtelen támadt eszméletlenség, mely után rövidebb-hosszabb ideig tartó lázas időszak következett, készítette orvosi segítség felkeresésére. Az ezen betegnél jelenlevő peritoneális összenövésnek utólag arra engedtek következtetni, hogy ezen rohamok mindegyikénél tömlőfolyadék juthatott a szabad hasürrbe, mindannyiszor körülírt peritonitist okozva. Egy betegünk a keletkezett daganatát külső traumára vezette vissza. Hogy trauma a vérben keringő echinococcusembryonak a külbehatás helyén való megtelepedését és kifejlődését előidézheti, főleg *Tillaux*, *Boncour*, *Danlos*, *Kirmisson*, *Marquet*, *Verneuil* és mások is állították, bár újabban mindinkább szaporodnak ezen hypothesis kételői. *Finsen* a traumát a rohamosabb növekedés kiváltó okának tekinti. *Scholtz*, *Gerulanos* és *Dévé* a traumának csak annyiban tulajdonít szerepet, a mennyiben a beteg és az orvos figyelmét egy eddig észrevétlenül maradt térfogatmegnagyobbodásra felhívja.

Kórisménket 23 esetben próbapunctio erősítette meg, ezen esetek közül háromnál lépett fel a punctio után csalánkiütés és egy esetben rázóhideg és magas láz. Bár halállal vagy egyéb súlyos szövödménnyel járó punctio klinikánkon nem volt, az utóbbi időben a próbapunctiót mégis teljesen perhorreskáljuk, részben okuiva mások kellemetlen tapasztalatain, részben az intoxicatio és csíraelszóródás veszélyei miatt.

A műtéteket egy eset kivételével mind maga *Dollinger* tanár végezte, ennyiben tehát a különböző operateurök kézi ügyesség okozta különbség számon kívül marad statistikánkban. Az egyes megválasztandó műtéti eljárásokat mindig az eset egyéni sajátossága határozta meg, határozott műtéti sémához nem ragaszkodtunk. A 38 eset közül megoperáltunk 33-at, még pedig:

Tályognyítás volt . . . . .	4	betegnél
Volkman szerint operáltunk . . .	7	beteget
Landau szerint operáltunk . . .	14	"
Lannelongue szerint operáltunk . .	6	"
Bond-Delbet szerint operáltunk . .	1	"
Roser féle transpleurális úton . .	1	"
Bacelli-féle eljárást alkalmaztunk	1	betegnél.

Tályognyításnak neveztem négy esetben eljárásunkat azért, mert a májban levő elgenyedt tömlő annyira össze volt növe a hasfalakkal és annyira elvékonyította s elvörösítette azokat, hogy az egész operatio pusztán bemetszésből állott.

A Volkman szerinti kétidejű hét megoperált beteg közül négy ízben a negyedik napon nyitottuk meg a tömlőt, egy ízben

a hetedik napon, egy ízben a kilencedik napon és egy ízben a tizedik napon.

A Landau szerinti 14 operatio mind simán folyt le, szintűgy a 6 Lannelongue-féle operatio. A Roser-féle transpleurális operatiót a betegnél jelenlevő epekőbetegség miatt cholecystostomia előzte meg. A 4 ízben végzett Bacelli féle punctiós betegünkél később Landau-féle operatiót végeztünk. Az összes betegünkél tehát a tömlőt a hasfalhoz kivarrtuk (marsupialisatio), azaz sipolylyal a lassú telődés folyamatának tettük ki őket.

A legutolsó műtétünk a Bond-Delbet-féle réduction sans drainage volt, mely azonban elgenyedt. Ezen megoperált 33 beteg közül meghalt operativ halál következtében 3 beteg, azaz 9·09%; ezen három beteg is csak a műtét utáni 40—57, illetőleg 71. napon halt meg pyaemia következtében. Ezenkívül meghalt még 2 beteg, az egyiket a peritonitis kifejezett tüneteivel tették át klinikánkra, hol vitális indicióból előbb mellkascsapolást, majd Landau-féle műtétet végeztünk; a beteg a 7. napon meghalt. Másik betegünk 30 nap után croupos tüdőgyulladás áldozata lön. Ha ezen két halálesetet is hozzászámítjuk, összmortalitásunk 12·48%.

Ha eredményeinket összehasonlítjuk az összes eddig közölt nagyobb statistikák eredményével, úgy az jónak mondható. Így *Harley* összeállításának mortalitása a punctiós eljárás után 14·28 százalék, *Murchinson* é pedig 8·75%. *Jönassen* a canule a demeure-ös eljárás eredményeként 70% mortalitást kapott; javulást mutat ugyanazon eljárás *Harley* statistikájában, hol csak 29·03% a mortalitás, míg *Reclus* összegyűjtött eseteiben a 28%-ot éri el. A Simon-féle duplapunctionál *Verneuil* összeállításában a halálozás 28%. A *Dieulafoy*-féle aspirációs methodussal gyógykezelt esetekben *Braine* szerint a halálozás 15%. Ugyancsak ő állította össze a Landau-féle módszerrel operált esetek halálozását, eredménye 16·66%; kiszámítva ugyanezt a mi hasonló eljárással operált eseteinkre, az csak 7·10%. A Volkman-féle eljárással két időben operált esetek a *Krause-Langenbuch*-féle táblázatban 0% mortalitást mutatnak, a mi eseteink, melyeket ezen eljárás szerint operáltunk, szintén 0% mortalitást mutatnak. A *Puky*-féle módosítással operált májechinococcus-esetek halálozási arányszáma, mint ez saját összeállításából kitűnik, 6·66%. *Schüssler* 116 egyidejű műtét közül 99 gyógyulást, 17 halálesetet, azaz 14·65% ot állított össze az irodalomból. Ugyancsak ő a kétidőben végzett 52 műtétből 43 gyógyulást és 9 halálesetet = 17·30% talált. Benünket közelebbről érdekel azonban másik statistikája, melyet azért állított össze, hogy kimutassa, hogy klinikán vagy köz-kórházban végzett operatióknál, hol a műtő több egyenlő eset folytán sokkal nagyobb jártassággal kell hogy birjon, a halálozási százaléknak is okvetlen kisebbnek kell lennie. Eredménye ezt igazolni is látszik, a mennyiben 76 egyidőben műtett közül meghalt 11 = 14·48%, míg 34 kétidőben műtett közül meghalt 3 = 8·82%. Az egyes operateurök eredményeire bővebben nem térhetek ki. A Billroth-féle eljárással elért gyógyeredmények *Schüssler*-nek 7 esetében 0% halálozást mutatnak. A legújabb statistikák közül felemlíthetem *Pericsics*-nek Dalmáciaiból származó eseteit, hol 60 megoperált echinococcus eset közül 11, azaz 18·00% halt meg. *Vegas* és *Cranwell* argentiniai óriás anyagából végül még felemlítem azon 125 májechinococcus esetet, hol a tömlő kiirtása után az üreget azonnal bevarrták, a májat elsüllyesztve a hasfalakat egyesítették, ezen eljárás mellett mortalitásuk 5·6%.

A 28 meggyógyult beteg közül:

8—21	napig volt klinikai ápolásban . . .	4	beteg
22—50	" " " " " " " " " " " "	10	"
51—100	" " " " " " " " " " " "	11	"
101—120	" " " " " " " " " " " "	2	"
121—150	" " " " " " " " " " " "	1	"

Daczára ezen aránylag hosszú sebészi kezelés után mind a 28 beteg, ki a klinikát elhagyta, többé-kevésbé mély sipolylyal távozott.

Még egy érdekes jelenségről kell megemlékezni, mely a kórlefolyást némely esetben zavarta, t. i. az epefolyás. A 33 megoperált beteg közül 9, azaz 28·12% kapott rövidebb-hosszabb



ideig tartó epefolyást. Az echinococcus-operatiók után támadó epefolyásról a szerzők véleménye igen eltérő. *Duplay Reclus* és nagy kézikönyvében az epefolyást igen ritka jelenségnek mondja. *Le Dentu-Delbet* szerint némelykor többé-kevésbé kiadós epefolyást észlelhetünk. *Schwartz* „La Chirurgie du Foie” című munkájában így szól: „Végül említenem kell még egy igen ritka szövödményt, melyet azonban némely szerző felemlít, t. i. az epefolyást”. *Vegas* és *Cranwell* szerint a kivart tömlők legnagyobb részében létrejön az epefolyás, mely *Landau* szerint minden műtétnél kivétel nélkül bekövetkezik. *Körte* szerint a gyógyulás időtartama alatt kisebb-nagyobb mértékben létrejövő epefolyás rendes jelenség, melyről minden szerző megemlékezik. *Berger* összegyűjtötte *Lihotzkij*, *König*, *Körte* és *Rasumowsky* 38 esetét és azt találta, hogy 14 esetben nem volt epefolyás, míg 24 esetben, azaz 63.15%-ban részleges vagy teljes epefolyás állott be. Sokan a genyedésnek tulajdonítottak nagyobb szerepet az epefolyás létrejötténél, így különösen *Körte*, kinek 16 esete közül 8 genyedt s ezen 8 eset közül 2-nél jött létre epefolyás; igaz ugyan, hogy a 8 nem genyedő esetben szintén 2-nél volt epefolyás. A *Berger* összegyűjtötte 38 esetben 12 eset genyedt s ezek közül 8-nál keletkezett epefolyás.

Az epefolyás gyógyítására eleinte *Dollinger* tanár kezdeményezésére jodoformgaze-tamponálást, később steril mulit alkalmaztunk, mindig teljes sikerrel. *Dujarier* és *Terrier* legújabbán megjelent e tárgyú cikkében a gyógyításnak ezen nemét megemlítve nem találom, a mennyiben ők csak a jodtincturát, a chlorzink- vagy lapisedzést s végül a bedugaszolást, mint utolsó menekülést pedig az operatiót említik, mint azt *Kehr* és *Körte* sikeresen végezte.

A gyógyulási szövödmények közül még felemlítem, hogy két betegünkön ugyanazon oldali pleuritis támadt, melyet a szokott módon kezeltünk. Két betegünkön pedig mészlemezek képződtek a sebüregekben és annak begyógyulását gátoltak, úgy hogy utólagos kikaparásuk vált szükségessé.

Végül átérhetek munkám egyik főfeladatára, t. i. az echinococcusoperatiók végleges eredményeire. A mint láttuk, összes megoperált betegek sipolylyal hagyták el rövidebb-hosszabb idő múlva a kórodát, hogy részben házi kezelésbe jussanak, részben betegrendelésünkre járjanak. Főleg a betegek további sorsa érdekelt bennünket. Erre vonatkozó adatok az egész irodalomban hiányzanak. A nagyobb monographiák a sipolyok további sorsával egyáltalában nem foglalkoznak, vagy pedig röviden végeznek vele, mint pl. *Langenbuch*: „a tömlő eleinte gyorsan, majd lassabban kisebbedik s 7—10 hét alatt, némelykor edző szerek segélyével begyógyul.” Ezen kijelentéssel meg nem elégedve érdeklődtünk betegek további sorsa iránt. Hogy a betegnek ilyen utólagos megkeresése mennyi fáradtsággal jár (elégtelen cím, névmagyarosítás, névrokonság, elhurezolkodás), nem is kell említenem.

Azon megoperált 28 beteg közül, ki elhagyta kórodánkat, további sorsa felől tájékoztatlanok vagyunk 7-nél. Marad tehát 21 beteg, kinek további sorsáról tudomással birunk, ezek közül eddig begyógyult a sipolya 13 betegünknek, még pedig:

7-nek gyógyult be a sipolya . . .	11—24 hét alatt
6-nak „ „ „ . . .	25—52 „ „
1-nek „ „ „ . . .	3—4 év alatt.

Még fennáll a sipolya:

1-nek . . . . .	7 év óta
1-nek . . . . .	2 év óta
1-nek . . . . .	7 hó óta.

Meghalt pedig 4 beteg

4 év múlva 1 beteg, halálok másutt végzett epigastriális sérvműtét.

3 év múlva 1 beteg, halálok májtályog.

8 hó múlva 1 beteg, halálok pleuritis (?)

1 beteg levele „meghalt” jelzéssel jött vissza,

bővebb adatok még az anyakönyvvezető hivatalától sem voltak beszerezhetők.

Közlemény a kolozsvári kir. tud.-egyetem kórboneztani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr. egyetemi tanár.)

*Bacillus fusiformis*-szal, *spirochaeta gracilis*-szal és *cladothrix putredogenes*-szel végzett tenyésztési és állatkísérletek. Adatok a kísérleti gangraena bakteriologiájához és histogenesiséhez.

Irta: *Veszprémi Dezső* dr. egyet. m. tanár, I. tanársegéd.

(Folytatás.)

A III. fejezet elején ismertetett tenyésztési kísérletekből kitűnik, hogy mind a háromféle bakteriumot több esetben is sikerült együttesen nemcsak kitenyészteni, hanem aránylag elég sok generáción keresztül életben is tartani. Kitűnik továbbá ugyanezen fejezet második részében foglalt állatoltásokból, hogy a kérdéses bakteriumok virulentiájukat, kórtokozó hatásukat megtartották tenyészetekben is, mert a kultúrákkal a bőr alá vagy az izomzatba oltott háziinyulaknál az I. állatkísérletsorozathoz teljesen hasonló elváltozások fejlődtek, és pedig vagy genyes, vagy üszkös tályogok. Végül hogy ezekből a tályogokból megint sikerült mindenik bakteriumnak együttes kitenyésztesése.

A mi már most tenyésztési kísérleteink méltatását illeti, sajnálattal kell bevallanunk, hogy a legtöbb vizsgálóhoz hasonlóan a kérdéses mikrobák szintenyésztéséhez hozzájutni nekünk sem sikerült, jöllehet ezt több ízben megkíséreltük. Erre nézve kiemelhetjük azon tapasztalatunkat, hogy a *bac. fusiformis* coccusokkal együtt, néha a többiekkel elkülönítve sikerült ugyan átvinnünk friss táptalajba, de tovább mint 3 generáción át nem maradtak életképesek. Bevalljuk azonban azt is, hogy ennek a sikertelenségnek az okát nem abban keressük, mintha ezek a bakteriumok egymás nélkül — tehát szintenyésztésben — egyáltalán nem volnának tenyészthetők, hanem sikertelenek voltak erre irányuló kísérleteink talán azért, mert nem használtunk alkalmas, az illető bakteriumfaj életfeltételeinek kedvező összetételű táptalajt; valamint nem dolgoztunk olyan módszerrel, amely eredményes lehetett volna. Annál inkább kell az eredménytelenséget a tökéletlen vizsgálati eljárásra hárítanunk, mert éppen a *bacillus fusiformis* illetőleg ismertünk már olyan közleményeket, amelyek állítólóg szintenyésztésekről számolnak be (*Ellermann*, *Leukowicz*), sőt legújabbán *Mühlers* még a *spirochaetát* is megtalálta mesterséges szilárd táptalajon csupán igen kevés coccussal kevert tenyészetben. Másfelől, ha azt vesszük, hogy ugyanezek a mikroorganizmusok egymagukban is előfordulnak kóros folyamatok termékeiben, kellene, hogy egyszersmind tisztán tenyészthetők is legyenek. Mindazonáltal egy feltűnő körülmény észlelhető a *bacillus fusiformis* szintenyésztésére vonatkozólag, és pedig az, hogy ezek a kultúrák csak nagyon korlátolt ideig maradnak életképesek, csak nagyon ritkán és kevés számú generáción tarthatók fenn. Mindenesetre nem lehet elzárkózni annak a felvetelétől, hogy a bakteriumféleségeknek életfeltételük a szimbiosis.

Ha tehát szintenyésztéssel magunk sem dicsekedhetünk, habár csak vegyes kultúrákról szólhatunk, értékesnek kell tartanunk vizsgálataink eredményét egyfelől nemcsak azért, mert kultúránkban a *bacillus fusiformis* és fonalbakteriumon kívül a *spirochaeták* is megeredtek, hanem másfelől, mert aránylag sok generáción keresztül voltak életbentarthatók, feltűnően szaporodtak, virulentiájukat megtartották. Ugy hogy ezek alapján éppen a *spirochaetákra* tekintettel kísérleteinket ez idő szerint egyedülállóknak kell tekintenünk. Ugyanis eltekintve azon esetektől, amelyekben a legelső oltásoknál a táptalaj condensációs vizében *spirochaetákat* is találtak, néha egynéhány nap múlva is, csak *Silberschmiedt*-nek sikerült 1%-os ecetsavas levesben állítólóg 3 generáción keresztül tenyészteni azokat és *Niclot* és *Marotte* látták szaporodni egy generáción.

A mi már most a mi tenyésztési kísérleteinknek a másokéval való összehasonlítását illeti, felesleges volna *Eichmeyer*-nek gondos összefoglaló dolgozata után részletezni az egyes kísérletezők által elért eredményeket. Elég lesz talán csak arra szorítkoznunk, hogy kiemeljük azon közös vonásokat, amelyek a különböző kísérletekből megállapíthatók. Így első sorban megegyezők



az eredmények a mieinkkel a tekintetben, hogy a bacillus fusiformis tenyésztésére legalkalmasabbak az olyan folyékony táptalajok, a melyek aránylag nagy mennyiségben tartalmaznak állati fehérjéket; tehát különösen vérsavóval, valamint emberi transzudatumokkal kevert tápanyagok. (Nicolot és Marotte, Netter, Gross, Czaplewsky, Vincent, Carnot és Fournier, Weaver és Tuncliff.) De ezeken kívül Silberschmiedt, Seitz tenyésztették levesben, Uffenheimer sterilis emberi nyálban, vagy megszorodva találták szilárd táptalajok condensációs vizében. Kivételesen kaptak bacillus fusiformis-kultúrákat fehérjében dús folyadékkal kevert szilárd táptalajban, rendszerint agarban vagy néha alvadtt vérsavóban, mint Abel, Nicolot és Marotte, Thiry. Érdekes, hogy a bacillus fusiformis szintenyésztésben (?) szintén csak serumos vagy ascites-agarban ered meg és pedig szigorúan anaërob módon. Erre vall legalább az a pár sikeresnek látszó kísérlet, a melyekről Rist, Veilon és Zuber, Ellermann, legújabbán pedig Lewkowicz egyébként igen rövid előzetes közleményeikben tesznek említést. Előbbinek serumos agarban, utóbbinak serumos-cukros agarban sikerült anaërob módon állítólag minden más bakteriumtól mentesen tenyészteni a fusiformisokat. De ha szigorúan bíráljuk el ezeket a szintenyésztéseket, nem kerülhetjük el, hogy reá ne mutassunk arra, hogy úgy Ellermann mint Lewkowicz leírásában határozottan szerepelnek hosszú fonalak. Így pl. Ellermann a kultúrában talált bakterium jellemzésében azt mondja: „Die Länge beträgt 5—12  $\mu$ , zuweilen werden sehr lange Fäden gebildet.“ Lewkowicz pedig még több változatosságot enged meg fusiformis bacillusának: „Der Bacillus zeichnet sich durch eine ziemlich grosse Polymorphie aus (Fig. 1—8). Nur aus ganz jungen Kulturen erhalten wir gewöhnlich regelmässig geformte Stäbchen mit „abgerundeten“ Enden im Uebergewicht. Manchmal sind die Bacillen ausgeprägt spindelförmig. Den Bacillen gesellen sich oft ziemlich zeitig lange „fadenförmige“ oder lange spindelförmige, spitz gegen die Enden zulaufende Gebilde.“ Rajzai közül a 2, 3., 5., 6. pedig határozottan mutat olyan fonalakat, a melyeket csak bizonyos jóakarattal nézhetni „orsóalakú“ „bacillus“-oknak. Úgy hogy ezek alapján nem minden ok nélkül támad kétség bennünk, hogy vajjon jogosan tarthatók-e ezek a bacillus fusiformis „szintenyésztései“-nek?

Mindezen itt felsorolt tenyésztési kísérletek azonban az időtartam, az átolthatóság tekintetében csak igen korlátozott mértékben sikerültek. Egyedül Eichmeyer az, a ki stomatitis ulcerosa és stomatitis mercurialis néhány esetéből 14—27 generáción keresztül tenyésztette egyes kultúrában a fusiformist és pedig levesben vagy pedig vérsavóban aërob módon. Kiemelendő azonban, hogy Eichmeyer-nek tenyésztései ilyen nagyszámú generációt aránylag rövid idő alatt értek meg és pedig azért, mert rendszeren 2 (vagy legfeljebb 4) naponként már friss táptalajba vitte át a bakteriumokat. A tenyésztés úgy a mi kísérleteinkben, mint a másokéiban mindig thermostatban történt, úgy hogy mint legkedvezőbb hőmérsék 37° C. állapítható meg.

A kultúrák úgyszólván kivétel nélkül igen kellemetlen büzt fejlesztettek, a melyet a különböző észlelők igen különbözőképpen jellemeznek; így rothadt tojás, gangraena, stomakace, bélsár, dysenterias ürülék, fokhagyma stb. szagához hasonlítják. Valódi gázképzést és pedig büzös gázok jelenlétét észlelték Seitz, Silberschmiedt. Mi határozottan láttunk kultúráinkban kifejezett gázképződést és pedig különösen intensive a nyúlserummal kevert táptalajokban, a melyek a fejlődő gázbuborékoktól egészen habosak lettek. Azt is biztosan állíthatjuk, hogy a képződő gázok között nagy mennyiségben szerepelt a kénhydrogen, a mit bizonyít a kultura fölé helyezett ólomecetes papiros erős megfeketése is. Részünkről ezt a büzös gázképződést s általában a kultúrák penetráns büzt hajlandók vagyunk fehérjebomlásra, fehérjerothadásra visszavezetni, már csak azért is, mert a tenyésztetek szaga teljesen hasonló fehérjében dús szerves anyagok rothadásának büzéhez. Érdekes volna eldönteni, hogy a kultúrákban jelen volt legalább négyféle bakterium közül melyiknek van lényegesebb szerepe a büz fejlesztésében. Tekintettel azonban épen a különféle bakteriumok együttes jelenlétére, nem tudunk erre határozott feleletet adni. Némi tájékozódást mégis megengednek azonban kultúráink erre vonatkozólag is. Ugyanis azt tapasztaltuk, hogy a penetráns büz legerősebb lett akkor, midőn a fonalbakteriumok kezdtek tömegesebben fejlődni; tehát a 2—3 napos tenyészetek-

ben, ugyanekkor keletkezett pl. az Sp.-kultúrában az intensív gázképződés is. Ellenben a 24 órás kultúrák, különösen az Sp. összetételűek, a melyek már ekkor tartalmaztak fusiformis bacillussokat, alig voltak büzősek. A tisztán Pl., Hl., Al. kulturakeverékek igaz ugyan, hogy már 24 óra múlva is meglehetősen büzősek voltak, de a góresői vizsgálat már a fonalbakteriumok és különösen a bacillusalakok nagy számban való jelenlétét mutatta. Ebből az következnék, hogy a kultúrák büzőssége lépést tart a fonalbakteriumok szaporodásával. Ha tekintetbe vesszük még azt is, hogy a vizsgálatok legtöbbje meglepő egyezéssel ír le a mienkhez hasonló fonalakat és bacillusalakokat, továbbá, hogy némelyek abban a véleményben vannak (Uffenheimer, Depter), hogy a büzképzésben nem a fusiformisoknak, hanem talán a spirochaetáknak van szerepük, végül, hogy nekünk sikerült egy anginaesetből coccusokkal keverten csupán a fonalbakteriumokat kitenyészteni s ezek a kultúrák teljesen az előbbiekéhez hasonló penetráns büzt árasztottak, nem tudunk teljesen elzárkózni annak a valószínűségétől, hogy a tenyészetekben, de általában az olyan kóros folyamatokban is, a melyeknél a kérdéses bakteriumok együttesen előfordulnak, a kellemetlen büz fejlesztésével voltaképpen ezek a fonalbakteriumok vádolhatók. Klinikai észleletek is támogatják annak felvételét, hogy a fusiformisok és spirochaeták jelenléte nem mindig jár együtt büzös folyamatokkal. Többen is észlelték olyan anginaeseteket, a hol ezeknek igen nagy mennyiségben való jelenléte mellett is hiányzott a foetor. Máthé pedig még külön is kiemeli, hogy számos tiszta „fusospirillaris“ anginaesetben semmi foetort nem észlelt. Minden kétséget kizáró módon egyébként ez a kérdés csak akkor dönthető el, ha sikerül ezeket a bakteriumokat csakugyan „szintenyésztésben“ kultiválni.

Néhány sort kell még szentelnünk a tenyészetek aërob vagy anaërob módon való megeredésének. E tekintetben elég eltérőknek mutatkoznak a kísérletek. Nevezetesen míg a szerzők többsége aërob módon előállított tenyészetekről számol be, addig egyesek különösen a bacillus fusiformisra és spirochaetára nézve határozottan az anaërob kultúrák mellett foglalnak állást. Véleményünk szerint ez a különbség csak látszólagos. Mindenekelőtt számolnunk kell azzal a két fontos körülménnyel, hogy vegyes kultúrákról van szó és szerves anyagok bomlását előidéző bakteriumokról. E körülményekre tekintettel fel kell tehát vennünk, hogy igen különböző gázok keletkezhetnek a táptalajban, a mely voltaképpen telítve van ilyenformán az anaërob módon való tenyésztésre alkalmas légmenetekkel és híján van az aërobiosishoz szükséges oxigénnek. Ugy, hogy épen nem csodálkozunk azon, ha szigorúan anaërob bakteriumok, más mikrobákkal vegyes kultúrákban, alacsony rétegű táptalajokban s különösen folyékony táptalajokban látszólag aërob módon tenyésznek. De mindenesetre kétségtelen az is, hogy a tenyészetek legtömegesebben épen a táptalaj legmélyebb, a levegőtől legjobban elzárt helyén, a kémcsövek alján fejlődnek. Teljesen igazat kell tehát adnunk Beitzke-nek, mikor összefoglaló közleményében erre nézve azt mondja, hogy: „... ist es eine schon recht lange bekannte Tatsache, dass strenge Anaërobier in Gesellschaft anderer, stark sauerstoffbedürftiger Bakterien auch unter aëroben Verhältnissen zu gedeihen vermögen.“ Az anaërobiosisra nézve tehát abban a véleményben volnánk, hogy voltaképpen mindenik bakterium, úgy a fusiformis, mint a spirochaeta, valamint a fonalbakterium is az anaërob mikrobákhoz tartozhatik ugyan, de együttesen, esetleg még másféle bakteriumok jelenlétében az aërob módon tartott táptalajokban is szaporodásra és fejlődésre képes.

\* \* \*

Az eddigiekben megismertette minden irányban kísérletes vizsgálatainkat, minthogy a belőlük levonható következtetéseket az egyes fejezetek végén megbeszéltük, áttérhetünk a vizsgálatok tulajdonképeni tárgyát tevő mikrobáknak a kísérletekből, részint pedig eddigi ismereteinkből megállapítható alaktani és élettani tulajdonságaira, és pedig egyenként adván azoknak összefoglaló jellemzését.

#### *Bacillus fusiformis.*

Az emberi anyagban 6—7  $\mu$  hosszú, közepükön vastagabb, végeiken határozottan kihegyesedett bacillusok, a melyek igen



találón nevezetnek orsóbacillusoknak. Míg frissebb tenyészetekben az előbbieknél valamivel finomabbak — 3—4  $\mu$  hosszúak —, addig állatkísérleti anyagban rendszeren az embernél találta-hoz hasonló. Régi, több napos kulturákban szintén változást mutat alakjuk, nagyságuk, a mennyiben jóval hosszabbak lesznek, akár 10—12  $\mu$  hosszúak is, merevebbek és szemcsések. Ez utóbbi alakok nyilván elfajult involutiós alakoknak felelnek meg, de néha meglepően egyenletesen festődnek; ugyanilyeneket találtunk néha nagy számmal sokáig fennálló nyúltályogok genyjében. Másor közepük igen erősen megvastagodott, szinte gömbszerűen felfúvódott, s két végük vagy hirtelen, vagy fokozatosan elhegyesedik. Érdekes, hogy az emberi anyagban aránylag igen hosszú láncokat alkottak és pedig úgy, hogy az egyes tagok határozottan külön-külön kifejlődött teljes orsóalakú bacillusoknak felelnek meg. Sohasem folynak össze egyenletes szélű folytonos fonalakká, ezért ezek az alakulatok egyáltalán nem is nevezhetők fonalszerűeknek, hanem helyesen csak „lánc”-okban elrendeződött bacillusok. Ezt az alakulást egyébként kulturákban nem volt alkalmunk egyszer sem látni; nyúltályogokban pedig csak nagy ritkán s akkor is legfeljebb 2—4 bacillus képezett rövid láncot. Általában ilyenre a közleményekben is csak kevés példát találtunk. Vincent említi a bacillusok láncszerű elrendeződését, Perthes is rajzol le ilyeneket; valamint Eichmeyer közleményének ábrái közt van egy kép, a melyben ilyen fusiformisszerű láncok láthatók, telve hosszú sorban elhelyezett hézagokkal, vacuolákkal. El kell fogadnunk, hogy ezek csakugyan fusiformis-láncok, jól lehet a leírásban állandóan fonalaknak nevezni. Miután ezek több kulturájában egész másképen vannak jellemezve, nevezetesen csakugyan inkább fonalbakteriumoknak vannak leírva, alább bővebben kell foglalkoznunk velük. Azt hisszük, hogy épen e tekintetben több észlelő is tévedésnek az áldozata, mert találtak bakteriumaik között olyan alakokat, és pedig hosszú fonalakat írnak le, a melyeket nem épen határozott s kifejezett hasonlóságuk alapján bizonyos jóindulattal soroznak az orsóalakú bacillusokhoz. Észleleteink alapján, egybevetve a mások tapasztalataival, azt kell mondanunk, hogy a fusiformis bacillusok mindig igen jellemző s más bakteriumoktól ennek folytán már alakilag élesen különböző mikroorganizmusok, a melyeknek fiatalabb egyedei általában rövidebbek ugyan, de az involutiós alakok lehetnek igen változó hosszúságúak, a mi azonban aligha haladhatja meg a 15  $\mu$ -t, de orsóalakja ekkor is jól felismerhető, az ilyeneknek festődése pedig már meglehetősen egyenetlen, szemcsés vagy hézagos.

A fusiformis bacillusok festődési viszonyait tekintve azt tapasztaltuk, hogy legjobban a Ziehl-féle carbolos fuchsin destillált vízzel 2—3-szorosan hígított oldatával festhetők. A festés hidegen történik 2—3 perczig. Általában elég intenzív egyenletes festődést adnak, de ha ugyanakkor még más bakteriumok is vannak a készítményben, néha ezekhez viszonyítva a fusiformisok halványabbak. Gentiana-violával, methylenkékkel (Löffler-féle), Giemsa-oldattal, thioninnal festett készítmények nem jobbak a fuchsinosoknál. A Gram- vagy Weigert-féle festéssel szemben való viselkedésük meglehetősen szeszélyes. Míg egyes készítményekben elég intenzíven festődnek a bacillusok, másokban még óvatos szintelenítésnél is elhalványodnak. Még inkább feltűnt e szeszélyes viselkedésük a kísérleti anyagban. Így pl. sűrű genyben sokkal jobban festhetők Gram szerint, mint eves izzadmányokban, kulturából vett fedőlemez készítményekben pedig szinte teljesen elhalványodnak. Aránylag legállandóbban festődnek különösen Weigert szerint a metszetekben. Ugy hogy a Gram- vagy Weigert féle festés esetleges más-féle fusiformisoktól való elkülönítésre véleményünk szerint nem ad teljesen megbízható felvilágosítást. Az általunk használt (forralásig hevített) festési eljárásnál erősen festődött fusiformisok láttunk ugyan, de ugyanígy festett készítményekben a spirochaeták is, a melyekről pedig igazán azt mondhatjuk, hogy a közönséges Gram- vagy Weigert-féle festésnél prompt elszíntelenednek, elég sötét színnel festődtek meg. A Gram-Weigert-féle festésnél különösen jól feltűnnek a bacillusokban levő szemcsék, vacuolumok az involutiós alakokban, melyek egyébként, úgy tetszik nekünk, sokkal jobban festődnek ezzel az eljárással, mint a fiatal alakok. Például igen erős festődést adnak épen a legdurvább alaki elváltozást mutató fusiformisok, mint a milyenek pl. az igen megnyúlt, vaskos, vagy a közepén szinte gömbszerűen felfúvódott, involutiós stadiumban

lévők. Megemlíthetjük még azt is, hogy metszeteinkben a *Levaditi*-féle ezüstözéssel a fusiformisok szintén halványabbak, mint egyéb bakteriumok; ugyanis a fonalak és ezeknek bacillus-fragmentációi, a coccusok majdnem teljesen feketék, ellenben a fusiformisok inkább barnás, vagy épen halványbarna színűek, a mit *Feldmann* észleletei is megerősítenek.

Sporafestés a bacillus fusiformis részéről mindig negatív eredményt adott; különben sem láttunk soha olyan alakot, a melyet sporás bacillusnak tarthattunk volna, sem a régi kulturákban, sem pedig az állatkísérleti anyagban. Hasonlóképpen nem vetjük észre egyetlen készítményünkben sem azt, hogy a fusiformisoknak tokjuk volna. Ebben a tekintetben az összes szerzők tapasztalatai megegyeznek, kivéve *Hecht*-et, a ki állítólag sporákat is látott a fusiformisokban.

Kulturális magatartásukat eléggé jellemeztük tenyészeink leírásánál, s így élettani tulajdonságaik közül most a mozgásra vonatkozólag akarunk a következő észleleteinkről beszámolni. Sem az emberi genyben, sem a kulturákban, sem pedig az állatkísérleti anyagban részint natív készítményekben, részint pedig függő cseppben egyszer sem sikerült megállapítanunk intenzívebb, élénkebb mozgást a fusiformisok részéről. Azt a bizonyítalmat, csekély helyváltoztatást, a mit néha észlelni lehetett, mindig inkább molekuláris mozgásnak kellett tartanunk, úgy hogy részünkről az esetünkben talált fusiformis bacillusokról önálló mozgást feltételezni egyáltalán nem volt módunkban, s e miatt igen sok ideig mellőztük is az ostorfestést. Midőn egy alkalommal angina ulcerosa esetéből származó natív készítményben alkalmunk volt rendkívül élénken mozgó fusiformisokat látni, a melyeknek igen gyorsan előrehaladó, legváltozatosabb irányú mozgása csak a typhusbacillusokéhoz fogható, szinte biztosra kellett vennünk, hogy ezek a bacillusok nagy mennyiségű ostorral is kell, hogy el legyenek látva. Ebben a feltevésünkben nem is csalódtunk, mert különösen *Van Ermengem*-féle ostorfestéssel több sikertelen kísérlet után olyan készítményekhez jutottunk, a melyekben szinte megszámlálhatatlan mennyiségű, a bacillusokon köröskörül elhelyezett csillót lehetett észrevenni; majd ugyanezt sikerült kimutatnunk az ismert *Löffler*-féle ostorfestéssel is, csak hogy még nehezebben és kevésbé szép készítményekben. Ez a lelet vitt azután reá, hogy a vizsgálataink tárgyát képező esetben is megnézzük ostorokra a fusiformis bacillusokat. Ugyancsak *Van Ermengem* szerint festett számos készítményben azután csakugyan sikerült igen nagy mennyiségben látnunk olyan bacillusokat, néha rövid fusiformis-láncokat, a melyek kétségtelenül ostorokkal vannak ellátva. Az ostorok igen nagy számúak, a bacillust teljesen körülveszik, s e tekintetben pl. a typhusbacillusokhoz hasonlíthatók. Sikerült az ostorfestés úgy az emberi anyagból, mint a kulturából származó készítményekben, az előbbieken *Löffler*-festéssel is, az utóbbiakban csak *Van Ermengem* szerint. Megemlíthetjük azonban, hogy a *Van Ermengem*-féle eljárás sem válik be feltétlenül minden esetben, mert számos készítmény közül néha alig akad 1—2, a melyben sikerül az ostorfestés, s még az ilyen készítményeknek is csak egyes részleteiben találunk igazán szépen sikerült festést. Dacára annak, hogy némelyek többé-kevésbé élénk mozgást láttak a bacillusok részéről, mint *Raoult* és *Thiry*, *Bernheim*, *Abel*, *Letull*, ostorokat kimutatni nem tudtak. Egyedül *Graupner* kapott ostorfestésnél hosszú, hullámos képleteket, a melyek ostoroknak is megfelelhetnének, és pedig 1—1 a bacillusok végében, 2—2 pedig oldalt feküdt. Nem akarjuk azt mondani, hogy *Graupner* említett képletei nem volnának ostorok, de ha — a mint a fentiekben alaposan meggyőződünk róla — csakugyan olyan nagy számúak az ostorok, mint az általunk számos készítményben minden bacilluson látható volt, akkor csodálkoznunk kell, hogy *Graupner* is nem épen így találta ezt, hanem sokkal kevesebbet és épen meghatározott számban feltűnően részarányos, szabályos elhelyezéssel. Tekintettel tehát a nagyszámú ostorra, a fusiformis bacillusok mozgásra képessége minden kétséget kizáró módon megállapítható. Hogy ennek ellenére miért nem lehetett natív készítményekben mozgást észlelni egy sereg vizsgálóval együtt nekünk sem, annak okát igen sokféle körülményben kereshetjük. Lehet, hogy külső körülményekben — a hőmérsék megváltozása, a bacillusok lehülése, a folyékony közeg káros hatása vagy mozgásra való alkalmatlansága — keresendő az ok,



a mint pl. *Graupner* is említi, hogy még physiologiai konyhasó-oldatban, emberi vérsavóban is igen gyorsan megszűnik a mozgás; vezetéki vízben pedig, a mely úgy látszik legalkalmasabb folyadék, körülbelül 20 perczig mozognak a bacillusok. Magunk is az angina-esetből származó bacillusokat vezetéki vízben, steril levesben is élénken mozogni láttuk akár fél óráig is, nem is függő cseppben, hanem egyszerűen nativ készítményben, a mit a mozgás s egyéb élettani folyamatok tanulmányozására egészen alkalmasnak, elegendőnek találunk, különösen ha megfelelő módon, pl. vaselinnel és viaszszal is még körülzárjuk a fedőlemezt. *Eichmeyer* a lehülést tartja igen károsnak, még a tenyésztésnél is. De az ostorfestődés sikertelenségének az oka a vizsgálati eljárásban is lehet, jóllehet *Baron* szerint a negativ eredmények kevésbé a módszertől, mint inkább eddig ismeretlen, esetleges momentumoktól függnek. Azt hisszük, hogy nem is annyira maga a festési eljárás, mint inkább a készítményeknek a festéshez való előkészítése oka sokszor a sikertelenségnek. Nevezetesen akár álhártyás, akár fekélyes folyamatokból készítettünk fedőlemezpraeparatumokat, még ha nagy tömegben is vannak a bacillusok — a mi különben sem kívánatos —, mindig nagy mennyiségű fehérjeanyagot is, hámsejteket, genysejteket viszunk a készítménybe; tályogokból vagy üszkös folyamatokból pedig szintén olyan sok, a rögzítésnél megalvadó anyag kerül a készítménybe, hogy nézetünk szerint ez a körülmény már magában is megghiúsíthatja az ostorfestést. Ellenben jól megtisztított fedőlemezekre gondosan, egyenletesen igen finom rétegben szétkent és előzetesen vízzel — vezetéki vízzel — erősen felhígított készítményekben bizonyára inkább számíthatunk sikerre. Mi úgy az emberi anyagot, mint a kulturákat aránylag sok vízzel hígítottuk és dörzsöltük szét egyenletesen s épen ennek tulajdonítjuk azt, hogy aránylag olyan szép, jól differentiált készítményekhez jutottunk. (Tudjuk jól, hogy az ismert csillós bakteriumoknál is az ostorfestés mennyire óvatos, elővigyázatos eljárást igényel, s különösen arra kell vigyáznunk, hogy épen fehérjetartalmú vagy rögzítésnél csapadékokat adó folyadékoktól mentes legyen a készítmény; ezért legalkalmasabbak a vízzel hígított és ferde agaron tenyésztett kulturák). Mindenesetre nemcsak érdekes, de a fusiformis természetrajzát tekintve fontos dolog is volna a különböző betegségeknek található fusiformis bacillusokat e tekintetben rendszeres vizsgálat tárgyává tenni.

Ezek után felmerül a kérdés, hogy az általunk ismertetett fusiformisok minő esetekben előfordultak azonosak, továbbá hogy eddigi ismereteink alapján a különböző kóros elváltozásoknál szereplő fusiformis bacillusok között egyáltalán megállapíthatók-e olyan határozott és állandó különbségek, a melyeknek alapján indokolt volna többféle és különböző fajhoz tartozó bacillus fusiformis felvétele?

A közlemények túlnyomó része az *anginák* azon különleges alakjaival illetőleg bakteriológiájával foglalkozik, a melyeket a bacillus fusiformissal s egyúttal a spirochaetákkal hoznak okozati összefüggésbe. Egészen természetes, hogy azonos kórkép, azonos bakteriologiai lelet mellett teljesen indokolt az is, hogy e bántalmaknál talált fusiformisokat mind szintén azonosaknak, illetve ugyanegy fajhoz tartozóknak tekintsük. Mindez esetek azonban kétségtelenül szájrú fertőzéseknek tekintendők, de ugyancsak ilyen eredetűek a stomatitiseknek, továbbá a garatnak, mandulának, bárzsingnak, valamint az arczcsontok üregeinek stb. azon genyes vagy nekrotikus elváltozásai is, a melyekben vagy tisztán, vagy legalább is uralkodó mennyiségben szintén orsóbacillusok találtak. Általánosan elfogadott tény ma már az is, hogy a bacillus fusiformis a száj bakteriumainak állandó alakja. Miután pedig a mi esetünk is nyilván szájrúból történt fertőzésre vezető vissza, semmi okunk sincs arra, hogy a mi orsóbacillusainkat másoknak tartsuk, mint épen az iménti esetekben kimutathatókat. Csak is akkor merülhetne fel kétség ez iránt, ha felvehetnők, hogy a szájrúban több különböző fajhoz tartozó bacillus fusiformis is tenyészik.

Az esetleges különbségek véleményünk szerint keresendők: 1. alaki, helyesebben nagyságbeli, 2. festődési viszonyaiban; 3. élettani tulajdonságaiban; s végül 4. az általuk okozott vagy előidézhető kóros elváltozások minőségében.

Ha szigorúan mérlegeljük azokat a leírásokat, a melyekkel a különböző észlelők jellemzik az orsóbacillusokat, arra a meg-

győződésre kell jutnunk, hogy sem alakjuk, sem nagyságuk tekintetében nincsenek olyan jellemző állandó különbségek, a melyek többféle osztályozást engednének meg. Nevezetesen egyugyanazon esetben találhatók különböző hosszúságú, vastagságú orsóbacillusok. Vagy a más-más kóros termékekben előforduló s esetleg alak, nagyság tekintetében egymástól némileg eltérő bacillusok kulturákban teljesen egyformán néznek ki, minden számbavehető különbség nélkül. Erre nézve utalhatunk például *Uffenheimer* rajzaira, valamint *Eichmeyer* ábráira (Taf. I. Fig. 5.), a melyek anginaesetből kitenyésztett fusiformisokat tüntetnek fel, s ezzel összehasonlításként a mi ábráinkra, a melyek részint genyes, részint üszkös folyamatokból kitenyésztett bacillusokat mutatnak. A míg tehát fiatal kulturákban semmi különbség alakban, nagyságban nem észlelhető, addig kóros termékekben saját vizsgálataink folyamán is 4—12  $\mu$  között ingadozhatik a bacillusok hosszúsága. Bizonyos, hogy ennyi változatosság nem faji különbségekre, hanem csak különböző fejlődési állapotokra vezethető vissza. *Eichmeyer*, a kinek — mert nagy számú saját észleletén kívül igen gazdag irodalmat is dolgozott fel — nagy áttekintése van erre vonatkozólag, 3 osztályba sorozza őket hosszúság szerint. Ezekből, ha a 4—8  $\mu$  os és 8—12  $\mu$  os alakokat feltétlenül el is fogadjuk, nem odatartozóknak véljük szokat, melyeket igen finom, hosszú — 50—100—150  $\mu$  — fonalakként jellemez. Különböztet *Eichmeyer* sem meri ezeket határozottan különféleképpen tekinteni, hanem a különbségeket inkább fejlődési stadiumoknak tartja: „Es lassen sich demnach drei Formen bzw. „Entwickelungsstadien“ der fusiformen Bazillen unterscheiden.“

Épen így nem tudunk megbízható alapot találni az elkülönítésre a festődési viszonyokban sem, a melyre egyedül irányadó a Gram-Weigert-festés lehet. Elég csak röviden reámutatnunk arra, hogy már a mi vizsgálatainkból élénken kitűnik, hogy néha többé-kevésbé intensíven, máskor pedig egyáltalán nem festődtek a fusiformis bacillusok; hogy a fedőlemez készítményekben a legtöbbször alig sikerült Gram vagy Weigert szerint megfesteni őket, míg szövetekben aránylag sokkal inkább megtartják a festéket. Ha egy és ugyanazon bacillus nemcsak különböző, de még hasonló körülmények között is ilyen szeszélyesen viselkedik speciális festési eljárással szemben, akkor bátran felvehetjük, hogy a különböző esetekből származó bacillusok elkülönítése az említett festési módszerrel szemben való viselkedésük alapján sem lehetséges.

Élettani tulajdonságaik szintenyészetek hiányában sokkal kevésbé tanulmányozottak, semhogy értékesíthetők volnának. Egyedül az aërob vagy anaërob módon való tenyésztésükben volnának némi különbségek, de mint ezt fentebb kifejtettük, ezek is csak látszólagosak. Hasonlóképpen nem lehet még biztos különbséget megállapítani a mozgási képesség tekintetében sem. Mert hiszen ostorokat tudunk kimutatni anginaesetből származó fusiformisokon, a melyeken csakugyan igen élénk mozgásokat is észleltünk, de viszont ostorokat mutattunk ki a mi fusiformisainkon is, tehát kétségtelenül mozgási szerveket, pedig részükről mozgást egyáltalán nem figyelhetünk meg.

Hátra volna tehát még a velük esetleg okozati összefüggésbe hozható kóros elváltozások különbsége. Már *Vincent* hangoztatja, hogy a kórházi üszkös eseteiben talált fusiformisok azonosak az anginánál előfordulókkal, s ezt a véleményt úgyszólván minden észlelő magáévá teszi, nemcsak a kórházi üszkösre nézve, hanem minden más olyan putrid, üszkösödésre hajlamos folyamatot illetőleg, a melyekben fusiformisok kimutathatók. Még több bizonyítékkal állíthatják ezt azok, a kik épen a száj- és garatür üszkös gyuladásainak bakteriológiájával foglalkoztak. Általánosságban tehát azt mondhatjuk, hogy nincsenek olyan észleletek, olyan tapasztalatok, a melyek alapján valaki a vizsgálók közül arra az álláspontra helyezkedhetett volna, hogy a bántalmak különbözősége egyszersmind a bacillus fusiformisok elkülönítését is megengedné. (Ugy látszik ez az oka annak, hogy a mikroba elnevezése is mindig ugyanaz, pedig ha lényeges különbségek megállapíthatók lettek volna, bizonyára kifejezésre jutott volna ez az elnevezésben is.) Sőt épen olyan helyen fordul elő klinikailag és boncztanilag igen különböző folyamat, a hol valóban igen valószínűleg volna különböző fajtájú fusiformisokra gondolni, nevezetesen a szájrúnek, garatnak részint álhártyás vagy fekélyes, részint genyes vagy üszkös gyuladásainál, a nománál. Ezért nem



tartjuk kellően indokoltnak és elfogadhatónak *Babes* osztályozását sem, a ki háromféle variétást különböztet meg. T. i. az anginánál előforduló alakokat, a melyekhez tartozóknak véli pl. a skorbutnál kimutathatókat is, azután másik csoport volna az, a mely anatómikus módon tenyészik és Gram szerint festhető, végül a harmadik némely heveny genyes, helyi vagy általános septikus és pyaemiás folyamatoknál szereplő fusiformis bacillus. Ha ezek mellett tekintetbe vesszük azt, hogy a mi esetünkben származó fusiformisok egyaránt kimutathatók voltak kísérletileg előidézett genyes, valamint üszkös gyulladásokban, akár emberi anyaggal, akár kulturákkal történt is a fertőzés, továbbá ha azt látjuk, hogy az előbb határozottan genyes gyulladás később üszkösödésbe ment át ugyancsak gazdag fusiformis-lelettel, kénytelenek vagyunk azt mondani, hogy a *kóros folyamatok alapján sem tudunk olyan különbségeket megállapítani, a melyek többféle variétás felvételére jogosítanának*. Annyival inkább mondhatjuk azt, mert hiszen ha klinikailag és boncztanilag élesen különböző folyamatokról is van szó, még számolnunk kell más viszonyokkal is, mint pl. a fusiformisok virulenciabeli különbözőségével, a szövetek változott ellenállási képességével, valamint a fusiformisokkal együtt szereplő más baktériumok hatásával stb. Habár tapasztalataink alapján és az imént elmondottak tekintetbevételével erősen a valószínűség látszatával is bír annak a felvétel, hogy a folyamatok különbözősége nem annyira a bacillus fusiformisok többféle variétása, mint inkább egyéb körülmények által van feltételezve, mégis egyelőre ezt nyílt kérdésnek kívánjuk tekinteni, a melyet határozottsággal csak további tapasztalatok fognak eldönteni.

(Vége következik.)

## T Á R C Z A

E. von Bergmann.

E. von Bergmann ez év december hó 16-án ünnepelte 70. születése napját. E jeles berlini sebészprofessornak a chirurgia történelmében olyan vezetészerep jutott, hogy megilleti, hogy a magyar orvosvilág is hódolattal emlékezzék meg róla. Élénk emlékezetemben van egyik klinikai előadása, melyben a munka örömét dicsőítette, s melyben a szent meggyőződés hangján hangoztatta: „Ein Leben ohne Schaffen, ohne Arbeit ist eigentlich kein Leben, des Athmens Mühe wert“, és ha áttekintünk Bergmann működésén, belátjuk, hogy ezen elv nem csupán szép phrasis, hanem vezére volt egész életében, egész tevékenységében.

Midőn Bergmann Dorpatban megkezdte sebészi működését, a sebészet nem élvezhette a technika akkori fejlettségének megfelelő gyümölcsöket, mindig kísértett, sőt gyakran meg is jelent a fertőzés veszedelme. Bizonyos fokú kétségbeesés, a tehetetlenség beismerése megbénította a sebészek munkakedvét, egyes sebészek kórházuk megszüntetését óhajtották. Érthető, hogy minő elmeállással, minő rendületlen kitartással fogtak a fertőző tényezők kutatásához s ha Bergmannnak akkori munkái „Ueber das septische Gift“ és „Ueber das putride Gift“ nem is vezettek a megoldáshoz, mégis „sepsin“-je közelebb vitte a fertőzés kérdését a megismeréshez. Még folytak Kühle mellett Bergmann kémiai irányú munkálatai, midőn a harcztérre szólította őt a német-francia háború; 1877-ben ismét a hadi sebészet terén látjuk őt, midőn mint az orosz-török háború vezető sebészének megadatott, hogy nagyot alkotasson. Belátta, hogy a Lister-féle antisepsist nem viheti keresztül azzal a pontossággal, a melyet az eljárás megkívánt. A Dunna vize, a mely a carbolsav oldására rendelkezésre állott, telve szennyel; szűrésre, felfűzésre hiányzott az idő, a mód. Ekkor Bergmann megjelenik s megvan a bátorsága a lövéses sérülések desinfectiojától elállni, antiseptikus kötőszernel befedi a legsúlyosabb csont- és ízületi sérüléseket, gipszkötést alkalmaz. Ezen oclusioval és immobilisatioval kezelt és gyógyult 14 térdlövés esete a hadi sebészet történelmében méltán fordulópont. Utját állotta a friss lövéses sérülések szondázásának, elítélte ezen „metallikus noxa“-t s így közvetve a mai asepsis ama véres háború egyik kulturális győzedelmi trophaeumává vált.

Még a harcztérre érte őt a würzburgi egyetem meghívása és 1878-ban ott látjuk működni, ott foglalkozik először az agy-

sebészettel, megállapodott physiologiai basissal. „Die Lehre von den Kopfverletzungen“, később az agydaganatokról, az agybántalmakról, a traumás eredetű agyhártyagyulladásokról irt munkái a sebészet ezen fejezeteiben alapvetők. Még nem messze volt mögötte azon idő, midőn az agysebészettel „Verbrechen“-nek deklarálták s ő határozott tudással, mély bonczolástani és élettani alappal, kórbonczolástani tapasztalással e téren újat teremt. A mély kritikai érzéket, a mely a sebészet ezen új ágában Bergmannnal állandóan érvényesült, mi sem jellemzi jobban, mint egyik ama kijelentése, hogy mily gyakran kellett neki műtétet e téren visszautasítani; mindig el tudta bíráltni, hogy hol következik a non possumus, a mit másutt az úttörőknél hiába keresünk.

1882-ben Langenbeck utódja lesz a berlini sebészeti tan-széken, s a 46 éves sebész munkaerejének magaslatán nagy energiával és szeretettel megy a munka ez új színterére. Akkor Berlinben a legélénkebb tudományos élet forr, Koch új felfedezései, a kémiai szerek háttérbe szorulása, a physikai eljárások előtérbe törése, a hő csiraölőképesége az asepsis diadalára vezetnek, Schimmelbusch sal a laboratoriumi kutatások eredményeit a praktikus téren érvényesíti. Iskolát teremt, melyet az experimentális irányzat, a physikai és kémiai tudás, a kórtani és kórbonczolástani képzettség vezérel s a mely igyekszik komolysággal, igazságszeretettel mások munkálkodását bíráltni, méltatni s a kutatások sikereit a gyakorlatban érvényesíteni. Megalapítja ama számos kézikönyvet, archivumot és szaklapot, a melyek a sebészet fejlődésében vezetni hivatva, a „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“-nak a Langenbeck-Hausban otthont teremt, legutóbb pedig a „Kaiserin Friedrich-Hausban“ a Fortbildungskurse für praktische Aerzte intézményét biztosítja és a mentőegyesület alapításában jelentős részt vesz. E mellett ott látjuk a berlini orvosegyesület élén, mely helyet Virchow halála óta oly buzgalommal tölt be, a melynek ülésén oly gyakran emel szót, ott látjuk a német sebész-társaság nagyszabású vitáinál. Az orvosok szociális kérdéseivel foglalkozik, pontosan betartja collegiumait, az operatiós cursust már reggel 6 órakor tartja, s didaxisa mesteri. Sorompóba áll, ha tanítványainak boldogulásáról van szó, szeretet, becsülés környezi őt, úgy tanítványai, mint a német orvosi rend tagjai részéről. Mindenki igyekszik háláját leróni az atyai jóindulatú mester iránt, *Lexer* általános sebészeti, *König* az ízületi sebészetről irt művét, *Oettingen* hadi sebészeti, *Alexander* és *Meyer* a mentőegység szociális jelentőségéről irt munkáját és az Archiv für klinische Chirurgie jelentős 2 kötetét, melyben 51 értékes cikket találunk, ajánlja a jubiléumnak.

Örömmel fejezzük ki mi is hódolatunkat a nagy sebész iránt ezen jubileum napján.

Steiner Pál dr.

### Adatok a sebészet magyarországi történetéhez.

(Herniotomusok, lithotomusok és oculisták.)

(Vége.)

A herniotomusoknak a magyar történelem feljegyzéseiben is akad nyomuk. Kálmán királyról olvassuk, hogy 1099-ben meghagyta orvosának, kit a forrás *magicus minister*-nek nevez, hogy fivérét Álmost s ennek kis fiát Bélát (a későbbi Vak Bélát) előbb herélje ki, azután szeme világától foszszza meg. Az orvos Álmoson végre is hajtott a parancsot, míg a kis gyermeket csak megvakította, de nem herélte ki. Hogy ki volt ez a *magicus minister*, arra nincs további adatunk. Nem merném állítani, hogy ez is valami Balkánról ideszármazott herniotomus volt; sőt valószínűbbnek tartom, hogy olasz orvos lehetett. Ismeretes, hogy Kálmán király házi orvosa (*Draco*) olasz ember volt, ki talán a király feleségével, szicíliai Buzillával, 1097-ben jött hazánkba;<sup>1</sup> nem lehetetlen, hogy az a *magicus minister* is vagy maga *Draco*, vagy valami más olasz ember volt, mert ezekről tudjuk, hogy a középkor elejétől kezdve nagyban foglalkoztak a herniotomiával, kömettséssel és szemoperálással,<sup>2</sup> sőt a görög eredetű déli olaszok ilyenmű ügyességének eredete valószínűleg még a hippo-

<sup>1</sup> Wertner Már: Középkori magyar orvosok és gyógyszerészek. Századok, 1893. 600.

<sup>2</sup> Haeser: Geschichte, I. 786.



kratesi időkbe nyúlik vissza. Sokat közülök fejedelmi udvarokban is alkalmaztak s még a XVIII. században is voltak hivatalos állású olasz lithotomusok és oculisták Grácban, Innsbruckban és Olaszország különböző városaiban.

A felvidék herniotomusai és oculistái úgylátszik inkább a német tartományokból származtak hozzánk. Bátfán már 1436-ban volt egy „*medicus testicularum*”, ki 2 forint adót fizetett.<sup>1</sup> Nádasdy Tamás nádor 1554-ben két forint honoráriumot adott „az *németnek*, az ki az embereket heréli”.<sup>2</sup> Ezek a felvidéki német sebészek rendszeren hályogoperálással is foglalkoztak s ezért többnyire úgy nevezik magukat, hogy „*Stein- und Brucharzt, Oculist*”. Hajdanában nagy becsülete lehetett ezeknek a szemészeknek, mert a mi népünk inkább csak kuruzsló módszereket, ráolvasásokat, mindenféle furesa kenőcsöket, vizeket stb. használt a szembajok ellen. Sokszor a papok is felcsaptak oculistának. Egy 1514-ből származó hazai pálosrendi missale egyik lapján, a „*Benedictio infirmancium oculorum*” cím mellett ezen egykorú bejegyzés (rubrica) olvasható: „*Lege super infirmum et da ei de semine Bodog azzon theye novem grana comedere*.”<sup>3</sup> Tehát a pap nemcsak a benedictiót mondotta ei, hanem mindjárt gyógyszer is adott a betegnek. Azon érdekes XV. századbeli nyelvemlékben, melyet Nyári Albert fedezett fel, szintén van egy babonás szemgyógyítás, mely így szól: *Semdege deperditur: Item tribus vicibus debet Juniperum secare cum gladio et totidem vicibus dicere hec verba: ffenie vaglak, mire arra hogy te vesey Janosrol az semdegete*. Vagyis a varázsló háromszor vágott karddal a boróka ágára s közben azt mondta, hogy „fenyő vaglak, mire? arra, hogy veszej Jánosról a szemdögét”.<sup>4</sup>

Egyik-másik előkelő asszonyság valóságos szemorvosi praxist folytatott. Így a kegyes életű *Bethlen Kata*, gróf Teleki József felesége, ki fiatal korában rendszeres oktatást nyert a doktorkodásról, még pedig három híres erdélyi orvostól (Köleséri, Simonius és Borosnyai) s kinek koporsója felett azt énekelte Bod Péter:

Kivált szem fájdalmát bõltsen orvoslotta,  
Hályogot a szemről könnyen el oszlatta,  
E' hasznos tudományt nekj tanította  
Más Doktorok között edgy jó Oculista.<sup>5</sup>

Ezek a régi jó oculisták sokszor nagyon is heroikus kúrákat alkalmaztak és, faute de mieux, szembajok ellen is szívesen adták a rendes hashajtó-panaceákat. A szemével bajlódó gróf *Bethlen Miklós*-on (1670 körül) olyan szörnyű purgálást vitt véghez „egy híres és bizonyos tudós doktor”, hogy (mint ő maga mondja magáról) „majd három holnapig férfiságomat nem érzettem, és soha azután mai napig az ujjam hegyei, úgy mint azelőtt, meg nem töltek. A szemem ugyan nem folyt osztán akkor, de nem adom senkinek tanácsul, szemfájásban hogy úgy curáltassa magát — a feneke bajával!”<sup>6</sup>

Nagyon érthető, hogy ilyen viszonyok közt a közönség kapva-kapott azokon a külföldi szemorvosokon, kik nemcsak a hashajtókhoz, hanem az operáló késhez is hozzá mertek nyúlni. Bizonyítja ezt ghimesi *Forgách Simon*-nak, a híres vitéznek, egy 1572. augusztus 17.-én, Léváról a körmozsbányai városbíróhoz intézett levele, melyet ezen érdekes múltú város levéltárában<sup>7</sup> találtam. „Es ist uns glaubwürdig anzeigt worden” — írja *Forgách* — „das Neulicher Zeit in Eur Statt ain ersamer Augen Arzt ankomen war, welcher vielen Leutten, so feel über die Augen gehabt, soll geholfen haben, dieweil wir aber auch aines solchen Arcztes sehr bedirfftig sein, Ist an Euch hiemit unser vleissig freundlich bitt, Ir wollet unns bei Zaiger diss unserm Dienst, allen bericht zu thuen” stb. Azután elmondja, hogy a feleségének van valami szembaja s ha az orvost hozzábocsátják,

becsületesen meg fogja fizetni („aller seiner gehabten müe erbarlich bezalt werden”).

Valószínű, hogy ezen oculista ugyanaz a frankensteini (sziléziai város a boroszlói kerületben) *Schwabe Kristóf* volt, kinek sikeres hályog- és sérvműtéiről maga a körmozsbányai tanács két évvel később 1574-ben a következő, igen érdekes bizonyítványt állította ki:

„Wir Richter und Rath der khun. Freien Bergstadt Crembnitz, Bekennen und thuen Khundt mit disem unsern Brieff für Jedermehniglich, das für uns in versambletem Rath khommen und erschienen sind, Erstlich, der Ersam Fursichtig und weis Herr Clement Bauer, unser Aidsbrueder vnd Rathsverwandter, vnd hat für vns freiwillig bethont vnd ausgesagt, das der Erbar Kunstreiche vnd wolerfahne *Christoff Schwabe* von Franckstein, in Schlesien, der hochlöeblichen freien Khunst *Stain vnd bruch Schneider, Oculist, Wund vnd Leibarzt*, Zaiger disz brieffs, seiner Hausfrauen, Katherina, des Alters im sechzigsten Jar, *den Stahr*, welchen Sie an Iren augen eine Zeitlang gehabt, vnd dadurch an Irem gesichte verhindert worden, den Sibenden Tag Julij, das ist Mittwoch vor Margarethae, dises Vier vnd Sibenzigisten Jares, in beisein und Gegenwurt der Ehrnuesten Ersamen vnd Weisen Herrn, Valter Leiner, Ro. Kay.... von Wardein, Peter Foith Rathsgeschwornen vnd Obristen Scheutmeister bey der Kayserlichen muntz vnd Lienharten Schneiders, vnsers mittwohners, khunstlich, glücklich vnd wol gestochen, vnd Sie dermassen curirt, das Sie nunmehr nicht allein des Tages schein Wieder mit freuden anschauen, Sonder auch die Personen vnd ander einzezlich Ding deutlich vnterscheiden, vnd one leitung der Hende iren weg fortgehen, vnd Irer Haushaltung selbst abwartten khan. Zum Andern, der Erbar Heinrich Krupert unser vntersass im Windischendorff ein Muelarbeiter, welcher bethont, das gedachter *Christoff Schwabe*, von seinem Sohn, auch Heinrich genant, des Alters anderthalb Jahr, einen *erschrecklichen waidt bruch vnd schaden* an der lincken seitten, den es von iugent auff gehabt, daran auch Vater und Mutter gros Hertzenleid gesehn, Montags nach Johannis Baptistae dieses Vier vnd Sibenzigisten Jars, in beisein der Erbar vnd Fursichtigen Menner: *Steffan Hanusch, Steffan Bartl, vnd George Weinzirls*, unserer mittwohner, item *Mathesen Schmid, vnd Andressen Mitke*, vnserer vntersassen, im Windischendorff, meisterlich vnd kuenstlich aus dem leibe geschnitten, auch solches Kneblein wiederumb dermassen verheilet, das es frisch vnd gesundt herumber gehen khan, vnd kheinen schmerzen in seinem leib mer fühlet, darumben baide angeregte Partteien zu-vorderst Gott dem Allmechtigen, als der seine göttliche Hülff verlihen, nachmaln vorangeregten Leibarzt *Christoffen Schwabe*, der seinen vleis in der Cur nicht gespahr, vnd *seine Khunst, die im von Gott verlichen worden*, an Irem Geweib und jungen Söhnlein beweisen, zum höchsten Danck gesagt, Ime auch dafür gebürliche bezahlung gethan.... Ist derwegen an iedermehniglich, denen diser unser Brieff furkhombt vnd gelesen wirt, vnsere dienstlich freuntlich bitten, die wollen vielgemeltem *Christoffen Schwabe* hierinnen volkhumlichen glauben geben, Ime gunst, furderung vnd allen geneigten Willen erzaigen, und seiner Khunst vnd geschickligkeit, auch diese unser Khuntschafft und furbitt fruchtbarlich geniessen lassen” stb.

A körmozsbányai levéltárban (Tom. II. 33. 1. 81.) még egy hasonló bizonyítvány van, melyet egyik körmozsi (illetőleg Hey beli) polgár adott *Hans Schneider* oculistának, abból az alkalomból, hogy a felesége hályogos szemét megoperálta. Az érdekes bizonyítvány, mely 1640-ből való, következőleg hangzik:

„Ich *Steffan Schauorschey*, der Herschafft Crembnitz Vnterthan aus dem Miete Hey, Bekenne hiemit, das Mir der Ehrnueste vnd fürnembe Herr *Hanns Schneider*, seiner Khunst Ein Oculist, Leub vnd Wund Arzt, auf mein frl. Verlangen Vnd bitten meinem Weib, Welches ganzer fünff Jahr Starr Plind gewesen, Ir das linke Auekh wiederumben zurecht gebracht Vnd *das Fell* an demselbigen geschnitten, also das sie nun mehr an besagtem lincken Auekh (Gott sey Lob.) wiederumben ganz guet vnd woll sehen thuet, vnd weille Ich vmb Verhindernus willen selbiges mein Weib nicht selbste vor herr Stadtrichter habe fürstellen

<sup>1</sup> *Fejérpataky*: Magyarországi városok régi számadáskönyvei 437 l.

<sup>2</sup> Valószínű, hogy a nádornak herniája volt, mert egy 1556-ban kelt levelében, melyet feleségéhez intézett, szokott kedélyességével így írta alá magát, hogy: „az te tökök palatinusod”. (Lásd: *Károlyi-Szalay*, N. T. nádor családi levelezése, 16. l.)

<sup>3</sup> Magyar Könyvszemle, VIII. 137. Ezen „boldogasszonyteje” állítólag a régi *Carduus lacteus* volt.

<sup>4</sup> Századok, 1872. 2.

<sup>5</sup> *Weszprémi*, Succincta etc. I. 19.

<sup>6</sup> Gróf Bethlen M. Önéletírása, I. 209.

<sup>7</sup> Tom. I., fons 33, fasc. 1. 8. szám.

<sup>1</sup> Körmozsbányai levéltár: 1574. 33. 1. 10. szám.



khönnen, also habe Ich auf begehren obgedachten herrn Artz dieses Zeugnuß schriftliche in Bey sein vnd gegenwarth des Caspari Tändl, fleischhacker aihier, Ihme Erthailen wollen“ stb.

Száz évvel később (1753) Budán merül fel egy kóborló szemész, *Kern Tóbiás*, „ihro Römisch-Kays. Königl. Mayestäts oculist und operateur“, ki nagy hangon hirdeti magát az akkori újságokban és külön megjelent reklámlapokon. Ez is sziléziai ember, ki sorra járja a monarchia városait, de egyszersmind nagy önérzettel hangsúlyozza hirdetéseiben, hogy ő nem olyan közönséges fajta szemész, a ki egyik vásárról a másikra hordja a művészetét: „ein solcher ist er nicht, dann wer seiner benöthiget, muss ihne expresse beruffen lassen“. Minthogy néhány előkelő magyar úr Bécsből ide hívatta, szívesen bocsátja a közönség rendelkezésére *seine von Gott verlyhene Sciens und Wissenschaft*. *Kern* uram a Vizivárosban, a Fekete Elefánt-hoz címzett vendéglő tulajdonosa házában szállott meg és hirdetésében, miután nevezetesebb bécsi kúráit elmondja, végül a keresztyéni szeretet nevében arra kéri az olvasót, hogy a reklámos czéduláját, ha elolvasta, adja tovább a szomszédjának. Hirdetéséből különben nyilvánvalóan kiderül, hogy ő nem annyira operatör, mint inkább arkánumokkal kuruzsló szélhámos volt, ki szemészeti tudományának főbb pontjait következőleg ismerteti: „So Curirt er:

1-lich Alle Curable augenmängel, wie selbe ihmer mögen Benambset werden, sofern die Pupilla oder aug Apfel ohnverlezt ist, und Curirt solche auf ein besondere Manier, welches ihm, ohne sonderen ruhm, wenig dergleichen nachthuen werden; anbey störket er das Blödde und dunkle Gesicht mit kostbarer Medicin bey alten Persohnen, welche sich ihre augen totaliter destruiert, durch vill Studiren, nachlesen. und schreiben, oder rauch, wind, und feuer.

2-tens Hilft er denen jenigen, welche mit innerlichen Staar, Fellen, Suffusionen oder Catharacten behaftet sind, als nemlich den Blauen und Weissen Staar, in zwey oder 3 Vatterunserlang, ohne einigen schmerzen das die Menschen widerum zeith ihres Lebens das völlige gesicht erhalten.

4-tens Vertreibt er auch den gefährlichen, schwarz-grün-gelben ansezen den Staar, das sie zu ihrer zeitigung nicht gelangen, und worin solches überhand nehmen, dass sie ihrer zeitigung nicht gelangen, wann solches überhand nehmen, den jenigen Menschen auf keine mögliche weiss zu helfen seyn.

4-tens Allerhand Arthen, und Beschwärmussen deren augen, als hízige, rothe, Rinnende, flisende, und schwärende aus dem Fundament, und so sich auf dem augen, fleisch-Brand- und Berlfelle aufgesezt, oder aufgewachsen, heylet und verdreibet er dergleichen in kurzer Zeith ohne einige Makel und fehler.“

Valóban csodálatos, hogy a helytartó tanács ennek a szédelgőnek, azzal a feltétellel, hogy belső bajok gyógyításától óvakodni fog, megengedte a gyakorlatot!<sup>1</sup>

Körülbelül ebben az időben (1767) Soroksáron is volt egy oculista, állandó városi sebész minőségében; neve: *Granner Gáspár*. Valószínű, hogy ez a herniotómiához is értett, mert az van mondva róla, hogy „in Germania, Civitate Electorali Najspurgh (!) per Seb. Jos. Scholer chyrurgum oculistam et rupturarum scissorem, ac Jo. Melch. Camer. aequo oculistam chyrurgum examinatus et approbatus est.“<sup>2</sup>

Jóval később (1791) jelenik meg Pesten az első szemész-specialista, ki egyszersmind orvosdoktor is volt. *Réz József Imre*, gyöngyösi származású orvos ez, kinek a Magyar Kurirban (1791. február 8.) megjelent hirdetését annál kevésbé mellőzhetem e helyütt, mert valószínűleg ez a legelső magyar nyelvű specialista-reklám, mely újságban jelent meg (azóta jócskán megszaporodott a számuk!). Réz dr. következőleg ajánlgatja az ő oculista-ügyességét:

„Réz József r. valóságos Magyar, Heves Vármegyéből, Gyöngyös városában született; a' ki ifjúságától fogva magát az Orvosi tudományokban gyakorlotta, különösen pedig a' Szemnek mindenféle nyavallyáiban, melyeket rész szerint külső és belső szerekkel, rész-szerint *gyenge* Operációk által gyógyítani szokott; melly Nemes Mesterségeknél már több esztendőket előtt nem tsak a'

Pesti Királyi Universitásnál, hanem külső-országi Akadémiákon is számos próbáit mutatta: erre nézve adja tudtára a' Közönségnek, hogy ha valaki akárminemű Szem-nyavallyában, úgymint külső, vagy belső Hályogba szenvedne, tehát minden bizodalommal nálla magát jelentheti. Ő' peniglen, mindeneknek kész szolgálatát ajánlja, sőt a' szegényeket *Istenért orvosolja*. Többnyire lehet nálla kapni bizonyos áron azon híres Angliai Balzsamot és ugyan olyan Szem vizet; a' melyek által öszült öregaségig a látások tisztasága minden hiba nélkül meg-maradhat. Lakása a' jövő Pünkösdig leszen Pesten az Hatvani Kapun kívül harmadik házában.“

A szemészkedésbe különben, mint annyi másba, a hajdani gyógyszerészek is szívesen beleártották magukat; pedig ebből a tiltott praxisból egyiknek-másiknak nagy kellemetlenségei is származtak. Így járt *Langh Simon* löcsei gyógyszerész is 1761-ben, kit a szemészkedése miatt, *ad audiendum verbum*, dr. Institoris Mátyás városi orvos elé citált a tanács. A doktor oly keményen fogadta a szegény patikárust, hogy (mint ez a panaszos beadványában mondja) „még most is reszket belé keze-lába, ha rá-gondol“. „Denn Herr Doctor fieng mich an gleich bey meiner Eintritt wegen einiger Curen, in specie wegen der Augen Cur, die ich doch nächst göttl. Hülffe mit grossen Kosten gelernet, zu reprimandiren, als ob ich viele Fehler begangen hätte, da ich doch von keinem weiss; vielmehr werden mir auf erforderlichem Falle alle diejenigen, wo ich zu thun hatte, ein glaubwürdiges Zeugniß geben, dasz ihnen Gott durch mich, als den geringsten Werkzeug geholfen habe.“ Szerencsétlenségére épen a nagy vita közben állított be Roth városi sebész; ez még jobban rátámadt, s mikor a megszorult gyógyszerész védekezni akart, „grober Knopff“-nak nevezte s öklét emelte rá, azt mondván, hogy ha pisztoly volna nála, mindjárt agyonlőné. Ekkor a szegény oculista az utcára menekült, hol épen szembejött vele a sebész felesége, ki iszonyú lármával reátámadt és mellbe is lökte. „Danke meinem Gott, dasz mich bey dergleichen Umständen nicht ein Schlagflusz gerühret“, fejezi be panaszát s kéri a városi tanácsot, hogy engedjék meg tovább folytatni „nagy költségen és fáradságon szerzett művészetét.“<sup>1</sup>

Hogy ilyen harczi és megátalkodott ellenfelekkel szemben is tovább folytatta-e a szemészkedést, arról hallgat a krónika; de ha megtette, akkor *Langh* uram igazán „tenax propositi vir“ volt!

Kóssa Gyula dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Berczeller Imre: A szülészeti és sebészeti antisepsis története.**  
Budapest, Singer és Wolfner kiadása.

A magyar tud. Akadémia által kitűzött pályatétel megoldásában az Akadémia által megdicsért értékes és figyelemreméltó fenti munka hagyta el a sajtót.

Halhatatlan Semmelweisünk emlékének áldozott az Akadémia, midőn az antiseptikus és aseptikus orvoslásmódok történetének megírását tűzte ki tételül, de egyszersmind gyakorlati irányra is terelte az orvostörténelem művelőinek a figyelmét.

A mint az előtűnt fekvő munka mutatja, az orvostörténelem nem hivatásos művelőjének, a gyakorlat emberének a figyelmét és érdeklődését is felkeltette a thema.

A 120 oldalra terjedő munkának bevezető része után az antisepsis és asepsis fogalmának definitióját adja. Munkája két részre oszlik. Az elsőben a szülészeti, a másodikban a sebészeti antisepsis történetét tárja elénk. E felosztás által a két nagy elme: Semmelweis és Lister egyénisége markánsabb vonásokban tárul az olvasó elé.

A szülészeti antisepsis történetét a szerző négy fejezetben tárgyalja:

1. Az antisepsis előtti idők, a gyermekágyi láz s az ellene való védekezés története Semmelweisig. E fejezetben különböző szerzőknek, de különösen Burchnak 1843-ban megjelent munká-

<sup>1</sup> Linzbauer II. 283.

<sup>2</sup> Pestmegyei levéltár, u. o.

<sup>1</sup> Lőcsei levéltár: XII. 188/13.



jával foglalkozva, a gyermekági lázról alkotott fogalmakat világítja meg.

A 2. részt, az antisepsis történetét Semmelweistől Listerig, Semmelwes életrajzában rövid, adatszerű ismertetéssel vezeti be. Ezután 40 oldalon lelkiismeretes részletességgel foglalkozik Semmelweissnak a „Gyermekági láz kóroktana, fogalma és prophylaxisa” című nagy munkájával, a melyet kritikailag méltat. Nagy elevenséggel tárja elénk Semmelweis tüneményszerű alakját és keserves küzdelmeit, ki agyának minden gondolatával és mélyen érző szívének minden dobbanásával a gyermekági nők sorsának javításán csüngött.

A 3. rész a szülészeti antisepsist a sebészeti antisepsis hatása alatt, a 4. a szülészeti antisepsis bakteriologiai irányát ismerteti.

A munka első része összefoglaló tárgyalásainak során 8 pontban van összeállítva a tudomány mai álláspontjának megfelelő utasítás, a mely szerint el kell járnunk, hogy a szülészeti antisepsis követelményeinek megfeleljünk.

Berczeller álláspontja: „igen gondos antisepsis, lehető kevés vagy semmi belső vizsgálat”.

Munkájának második részében a sebészeti antisepsis történetét ismerteti, kezdve a sebek kezelésén Lister előtt. Megtudjuk ebből, hogy a levegőnek, mint a rothadást, a sebek fertőzését előidéző hatálynak milyen fontosságot tulajdonítottak már a legrégibb időkben. A sebészeti antisepsis fejlődését Lister munkáinak alapján ismerteti s a módszer tökéletesítését lépésről lépésre követi. Főtőrekvés a csirákat elpusztítani, ártalmatlanná tenni a nélkül, hogy a szövetekre maró hatást gyakoroljunk. Részletesen le vannak írva Listernek carbolos kötésekkel kezelt esetei, melyekben ezenkívül a sebek nyugalomban hagyására is nagy súlyt fektettek. Majd a legnevezetesebb sebkezelési módokkal találkozunk, melyekből a typosos Lister-féle eljárás keletkezett. Egy következő fejezetben Lister érdemeit méltatja, ki megtanított „semmit érintkezésbe nem hozni a sebbel, a mi a mindenütt jelenlevő, rothadást gerjesztő csiráktól megszabadítva nincs”.

Lister módszerének terjedése nehezen haladt, a sebészek nem, vagy csak későn értették meg. Érdekesekek ennek bizonyításai, többek közt Billrothnak közölt levéltörvényei: „Évekig megvetettem a listerezést, mert tudományos bizonyítását elégtelennek tartottam. Csak miután én is hozzájárultam valami kevéssel ezen bizonyításhoz s miután Koch modern és tökéletesített módszerei elvitázhatatlan tényeket derítettek ki, akkor testtel és lélekkel helyt álltam érte.”

A mű 20. fejezetében a sebészeti asepsisről szól, s végül a keztyűben és álarczban való műteti eljárást méltatja és mind a kettőt „értéktelen túlzásnak” tartja.

A szerző munkájával mindvégig ébren tartja az olvasó érdeklődését fő tárgya iránt: mi az antisepsis lényege és mit várhatunk tőle? Az antiseptikus methodusok fejlődését vonzó előadásban tárja elénk és célját „történeti alapon szabatosan meghatározni, meddig jutottunk, mit tartunk ma kifogástalan antiseptikus eljárásnak” a legteljesebb mértékben elérte. Pfeifer Gyula dr.

## Lapszemle.

### Általános kór- és gyógytan.

Az emberi nyálról ép és kóros viszonyok között Fleck-seder kimerítő tanulmányt közöl, a melyből főleg az orvosgyakorlatot érdeklő részeket ismertetjük az alábbiakban.

A nyáleválasztás zavara nagyon sokféle okból eredhet. Megszüntetésére első sorban az okot kell eltávolítanunk. Hyperaciditás esetén gyenge alkáliák vagy kiöblítés, gyomorbéli erjedés folyamatoknál desinfiensek (menthol, salol), subaciditásnál sósav alkalmazása javalt. Ha a nyáleválasztás csökkenése (oligosialia) betegségi tünet, az alapbaj kezelendő: láznakál lázellenes eljárás, hysteriásoknál psycho- és elektrotherapia, bénulásoknál elektrotherapia, kivezetőcsőeldugulás esetén pedig sebészeti kezelés lesz helyén. Ideges (idiopathikus) oligosializnál megkísérélhető a rágószerek (kalmus, Zingiber), a stimuláló szájjvizek, makacs esetekben a pilocarpin alkalmazása. Általában ajánlatos az alapos szájtisztítás, a nyelés könnyítésére a nyálkahártyának bekenése glicerinnel vagy

olajjal. Nyálfolyás ellen az alapbaj kezelése mellett tünetileg küzdünk összehúzó vagy folyadékvezető szerekkel. Ha a nyálfolyás oliguriának vagy székrekedésnek a kísérő tünete, természetesen ezeket kell gyógyítani; ha higany vagy bőlfergek okozzák, ezek távolítandók el. Csak végső szükségben nyúlunk a nyálfolyás megszüntetése végett az atropinhoz vagy opiumhoz.

Sok betegségben találjuk a nyál megváltozását, de ez a tünet nagyon korlátozott mértékben használható fel a *diagnostikában*, mivel a változás a legritkább esetben specifikus. Helyi megbetegedésekben (stomatitis, otitis) természetesen jelentőséggel bír, de az általános megbetegedések közül csak az úgynevezett *nyáldiabetesre* pathognostikus jel a nyálfolyás. Oligosialia egyéb tünetekkel jellemző a diabetes mellitusra, a legtöbb esetben a diabetes insipidusra, értékes tünet továbbá idült uraemia, láz és atropinmérgezés esetén. A nyálfolyás, ha nem lokális, s nem történt mérgezés nyálhajtó szerekkel, az emésztőtractus megbetegedésére enged következtetni: hyperaciditás (pl. *ulcus pepticum*), pylorusstenosis stb. A reggeli hányás jellemző az idült alkoholizmusban; ilyenkor a gyomorhurut következtében nagyobb mértékben elválasztott s éjjel lenyelt nyálat hányják ki az illetők.

Ha a nyál izetlen, akkor általános, ha keserű, fémes, undorító ízű, lokális okokra kell visszavezetnünk a nyálfolyást.

A húgyvízű nyál vesebetegségekre jellemző. Húgysav jelenléte biztos jele az uraemiának. A rhodankali hiánya, ha nincs általános megbetegedés, a középfül kóros folyamataira, ha nincs lokális baj, általános anyagcsere-zavarra mutat.

Savanyú nyál jellemzi a gastrointestinalis betegségeket; rossz prognoszt nyújt nephritis, *ulcus ventriculi*, pneumonia crouposa s úgy látszik phthisis és *ulcus* okozta anaemia esetén, a mennyiben szövödményekre mutat.

Diagnostikailag felhasználható a jodkalium megjelenésének ideje a nyálban a gyomormozgékonyosság és felszívódás mérésére. Veseinsufficiencia esetén a jodkalium előbb jelenik meg a nyálban s kiválasztása tovább tart.

A prognoszt illetőleg a nyálhiány kedvezőtlen tünet minden idültlen lefolyó sorvadásos betegségben (phthisis, rosszindulatú daganatok stb.); diabetesben jele a comának. A nyálfolyás kedvező kórjelölést nyújt fertőző betegségeknél, a hol a krisist, hydropsok és izzadmányok esetén, a hol a felszívódást jelenti. Gyomorbélbántalmakban s minden más súlyosabb betegségben kedvezőtlen jel. A lúgos reactio eltűnése, ha az ok nem helybeli, rossz prognoszt nyújt (coma diabeticumban a savintoxicatiót jelenti). A lúgos reactiohoz való visszatérés biztos jele a javulásnak.

A normális nyáleválasztás mesterséges növelése felhasználható gyógyításra. Ajánlották tabletták rágását anginánál, a hol a nyál bevonó gyanánt szerepelve, enyhíti a fájdalmakat s a nyál bakteriumölő hatása is számbajöhet; továbbá hyperaciditásnál, mikor lenyelve közömbösít. Az a tény, hogy izzadmányok felszívódásánál, fertőző betegségek krízisében nyálfolyás jelentkezik, arra készítette a vizsgálókat, hogy ptyalismus előidézésével víztelenítsék vagy méregtelenítsék a szervezetet. Csakugyan sikerült is ilyen módon hydropsok, izzadmányok felszívódását siettetni. Vesebetegségeknél nemcsak a víz, de részben a szilárd alkotórészek kiürülése is elősegíthető ezen úton. Ajánlják a mesterséges ptyalismust fertőző betegségek lefolyásának (krízis) siettetésére, méregtelenítésre jód- vagy higanymérgezésnél. Minthogy azonban a nyálban egyik fontos emésztő nedvét veszíti el a szervezet, ajánlatosabb folyadékok levezetése, mérgek kiöblítése céljából húgyhajtó, izzasztó vagy hashajtószereket alkalmazni. Ha azonban mégis szükségessé válik a mesterséges ptyalismus előidézése, akkor a pilocarpint vegyük igénybe, mint a mely egyúttal diaphoretikusan is hat. (Zeitschrift für Heilkunde, 1906. 8. füzet.)

### Gyógyszertan.

Az újabb gyógyszereknek, specialitásoknak és titkos szereknek Zernik dr. összeállította harmadik sorozata hashajtó illetve soványító szereket ismerteti.

1. *Ayers cathartic pills*. Amerikai patent-orvosság, a mely aloéból, colocinta-kivonatból, scammonium- vagy jalapagyantából, podophyllinből, capsicumporból és indifferens aromás anyagokból készült pilulákból áll.



2. *Morison-labdacsok*. Kétféle erősségben készülnek; az 1. sz. aloët, jalapagyantát, borkövet és alkalmasint coloquintát is tartalmaz, a 2. sz. ezeken kívül guttit is.

3. *Redlinger-labdacsok*: aloët, jalapát és calomelt tartalmaznak.

4. *Pagliano-szőrp*: ható alkotórészeit sennalevelek, orizabagyanta és turpethumgyökér teszik. Az orizabagyanta épen oly mérgező mint a scammoniumgyanta, a turpethumgyökér pedig nem kevésbé drasztikus, mint a jalapa.

5. *Winthers nature health restorer* — lényegükben aloëből álló tabletták.

6. *Burkharts Kräuterpillen* — aloëből, capsicumporból, lisztből és cukorból állanak, ezenkívül alkalmasint kevés mandragoragyökér is van bennük, a mely, a mint ismeretes, az atropinhoz közel álló mydriaticumot tartalmaz.

7. *Dalloff thé contre l'obésité*. Összetétele a következő: fol. sennae tot., fol. uvae ursi tot., fol. lavandul. és flor. anthyll. vulnerar. Körülbelül 80 gramm ilyen teát tartalmazó 1/2 doboznak az ára 4 1/2 márka!

8. *Graziana-soványítókéúra*. Háromféle szer kell hozzá: tea, porok és labdacok. Mind a háromféleképpen lényeges alkotórészt fucus-fajok teszik; a labdacok ezenfelül még egy emodintartalmú, tehát erősen hashajtó hatású anyagot is tartalmaznak sulfatok és chloridok társaságában. Elhízás ellen a fucus vesiculosus, főleg kivonat alakjában, már régóta használják.

9. *Corpulín*. Úgy látszik szintén tartalmaz fucust tamarinda és cascara sagrada mellett.

10. *Melal* („tápsótartalmú almapor“). Barnásszínű, kissé rögsz por, a melyet az utasítás szerint kávéskanálnyi mennyiségben kell használni reggel és este. Alkalmasint úgy készül, hogy savanyú, illetőleg éretlen almákat megszáritanak, megörölnék és 1/3 rész nádezcukorporral elegyítenek.

11. *Myrtill-Laxiersaft*. Hashajtószer gyermekek számára. Kellemes savanykás ízű, myrtillusból készült, híg szörp. A myrtillus azonban köztudomás szerint székszorulást okoz, a mi tehát ellentétben áll ezen szörp hatásával. Feltéve tehát, hogy csakugyan van hashajtó hatása ezen szernek, ez a benne foglalt növényi savaknak tulajdonítható. Kávéskanálnyi mennyiségben adják 2—3 óránként a hatás bekövetkeztéig.

12. *Eunors fruit salt* — a régóta ismert „Enos fruit salt“ mintájára készült specialitás, a mely 50% natrium bicarbonicumból, 15% natrium bitartaricumból és 35% szabad borkősavból áll. Hasonlít tehát az előző alkalommal ismertetett *plantal*, *slankal* és *antipositin* nevű szerekhez. Az antipositin összetétele különben nem egyforma; egy újabb elemzés szerint 28.5% natrium citricum neutralét, 20% natrium tartaricumot, 18% natrium bicarbonicumot, 12% natrium chloratumot, 9% tartarus depuratust, 6% natrium carbonicum siccumot, 6% acidum tartaricumot és 0.5% magnesia ustát tartalmaz. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 49. szám.)

#### Belorvostan.

Az epeköbetegség okozta dyspepsiáról ír H. B. Day. A londoni „King's College Hospital“-ban az utolsó évben negyven cholelithiasisesetet észleltek és ezek közül 7-ben hónapokon sőt éveken át csak a gyomor részéről voltak jelen zavarok, kifejezett sárgaság vagy kólika nélkül. Ezen dyspepsiás tünetek magyarázatára három felvétel létezik: 1. A dyspepsiát idült gastritis okozza, a mely megelőzte és elősegítette az epeköképződést. Ez a felvétel azonban nem bir nagy valószínűséggel, mert például nem fejthető meg vele a dyspepsia megszűnése az epeköveknek műtéttel eltávolítása után. 2. Az epehólyag körül keletkező lokális peritonitis okozta összenövésnek létesítik a dyspepsiát. 3. A dyspepsia tünetei az epeutak lobosodása és részleges elzáródása által feltételezettek. Ez az utolsó felvétel a legvalószínűbb.

Az epeköbetegség okozta dyspepsia klinikai képe a következő: Körülbelül egy órával az étkezés után fájdalom jelentkezik, de nem mindig: sokszor napok mulnak minden fájdalom nélkül. Az étvágy megmarad. A fájdalom subcut és többnyire az epigastriumban vagy a jobb hypochondriumban székel; sokszor helyi érzékenység mutatható ki tapintásra. Fekvő helyzet vagy gyomorsedativumok nem szüntetik meg a fájdalmat, meleg alkalmazására

és hányás után azonban javul. Mérsékelt sepsis jelei mutatkoznak (csekély láz, hidegrázás) és az általános egészségi állapot rosszabbodik. Huzamosan fennálló fájdalommasság esetén megnagyobbodott és fájdalmas májat, valamint epehólyagot találhatunk. Néha a lép és máj is megnagyobbodott. A bőrnek és a vizeletnek pontos megvizsgálása kistokú icterust deríthet ki. A baj előrehaladó jellegű és epekökólikában és kifejezett icterusban éri el a tetőfokát, gyomortágulásra azonban nem vezet.

Végezetül a szerző felsorolja azon bajokat, a melyek gyomortáji fájdalommal és hányással járván, a fenti kórképtől elkülönítéskor számbajöhetnek:

a) Gyomorrákban feltűnő a bőr sajátságos színe. Az étvágy már korán elvész, haematemesis lehet jelen, az anaemia és a sorvadás rendkívül feltűnő.

b) A gyomorfekély, főleg az öregebb korban, nehezen különböztethető meg az epeköbetegség okozta dyspepsiától, ha nincs jelen haematemesis. A fájdalom állandóbb jellegű, étkezés után rögtön fokozódik, néha azonban étkezés után csökken; többnyire baloldalt, főleg a lapoczká alatt érzik a betegek a fájdalmat, érintésre a gyomortáj érzékeny. A gyomornedv túlságosan sok sósavat tartalmaz, a tünetek nyugalomra és kellő diatára javulnak.

c) Az idült gastritisben szintén baloldalt van a fájdalom. A baj lassan fejlődik, étvágytalansággal jár. Sokszor nem is annyira a fájdalommasság, mint inkább a felfúvódás érzete az, a miről a betegek panaszkodnak. A tünetek állandóan megvannak, nyugalommal, diatával és gyógyszerekkel könnyen javíthatók. A gyomor secretorius működése csökkent.

d) A hyperchlorhydria többnyire szabálytalan időközökben ismétlődik, körülbelül két órával az étkezés után jelentkezik a fájdalom, a mely hányás után megszűnik. Nyomás csökkenti a fájdalmat, fehérjében dús táplálék és alkáliák pedig megszüntetik.

e) A duodenalis fekély tünetei nagyon hasonlítanak az epekövek által feltételezett gyomorzavarokhoz. A fájdalom és az érzékenység a középvonaltól kissé jobbra székel és körülbelül egy órával az étkezés után jelentkezik. Az előzményekben azonban többnyire találunk melaenára vagy haematemesisre vonatkozó adatot. Próbaétkezés után hyperchlorhydria mutatható ki mindig (Robson és Moynihan). Septikus tünetek nincsenek, sárgaság azonban kivételesen észlelhető.

f) A gummát az állandóbb jellegű fájdalom, a syphilis egyéb jelenségei és a specifikus kezelés eredménye teszik felismerhetővé.

g) A gastrikus krisisek sokkal hevesebbek, inkább az epekökólikákhoz hasonlóak. Sokszor hosszabb ideig tartanak és egyidejűleg lancináló fájások vannak a lábszárakban is. Hányás után legfeljebb néhány percre javul az állapot. A fájdalom inkább baloldalt székel vagy övalakú. Tekintetbe veendő továbbá a tabes egyéb tüneteinek a jelenléte, a gyomor, a máj és az epehólyag elváltozásainak pedig a hiánya. (The practitioner, 1906. október.)

A gyomorrák felismerését sokszor nagyon megnehezíti az egyidejűleg jelenlevő hasúri folyadék. *Mollière* kifejti, hogy főleg chylosus ascites eszeiben mindig gondolnunk kell gyomorrákra is, a melynek diagnózisát elősegítheti a Troisier-féle jel, tudniillik mirigyek tapinthatósága a bal kulszalatti árokban. (Lyon méd. 1906. november 4.)

Sajátságos vérlelet ideges embereknél. *Goett* neurastheniában szenvedő négy fiatal ember kórtörténetét közli, a melyek annyiban bírnak érdekel, hogy a vérvizsgálat teljesen vagy csaknem teljesen normális haemoglobintartalom mellett rendkívül kevés vörösvérsejtet mutatott. Ezt a leletet a szerző olyan módon értelmezi, hogy a vérvétellel járó pszichikai izgalom a vasomotorius központ révén az illető bőrterület hajszálereinek gyors tágulását vonta maga után következményes vérnyomáscsökkenéssel. Ennek folytán a hajszálerek környezetében levő folyadéknak a nyomása nagyobb s azért ez a folyadék behatol a hajszálerekbe és a bennük levő vért hígítja, az ezen helyről vett vér tehát kevesebb vérsejtet tartalmaz, a miből azonban természetesen nem szabad az összes vér megváltozott voltára következtetni. Ezek az esetek is mutatják tehát, hogy a vérvizsgálat megejtésekor és a



leletből való következtetés levonásakor mily körülmények között óvatosan kell eljárunk. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1906. 47. szám.)

### Idegkórtan.

A félelmi érzés (névrose d'angoisse) gyógyítása és miben volta Hartenberg értekezésének a tárgya. Freud ezt a bajt a neurastheniától el akarja választani, a miben őt sok francia és német buvár, köztük a szerző is támogatja, noha erre semmi ok sincs. Ez a baj néha igen soká áll fenn, a beteg azt csaknem állandóan érzi és mindig azt hiszi, hogy valami baj fogja érni. A mellén nyomás ül, a torka elszorul, a szíve élénken és gyorsan ver, nyugtalanság fogja el. Ez az állandó félelem néha krízissé fokozódik dispozióval, izzadással, gyomor- és bélfájdalommal, szédüléssel, azaz olyan tünetekkel, a melyek az élettani félelemnek is alkotórészei. Sokszor éjjel lepi meg az embert a baj. Hosszabb fennállás után phobiák támadnak. Ilyenek a kígyótól, vihartól, sötétségtől való félelem, az agoraphobia stb.

Freud, a ki sok mindent a nemi szervekre akar visszavezetni, azt hiszi, hogy mindezek a jelenségek is genitális, sőt kizárólag genitális eredetűek, még pedig olyan túlingerlésből származnak, a melyből hiányzik a kielégülés. Ezt az el nem fogadható tételt Hartenberg is cáfolja, bár azt hiszi, hogy valami része néha lehet a bajban, ép úgy mint a hogy máskor más ingerek, gondok, csapások nyomán járnak.

Hartenberg sok ilyen beteget vett kezelése alá, sokat használt ellene a laudanumot és a cannabis indica készítményeket, de úgy találta, hogy legtöbbször a bromkali használ, mely még a béltüneteket is legjobban csillapítja 2—4 gm. napi adagban. Langyos fürdők, minden izgató tápláléktól és italtól való tartózkodás egészíti ki az eljárást. A gyógyulás állítólag 2—4 hét alatt beáll. Nehezebben lehet boldogulni, ha más neurastheniás tünet is van. (La presse médicale, 1906. november 3.)

Kollarits Jenő dr.

### Sebészet.

A törések operatív gyógykezeléséről ír Ranzi az Eiselsberg-klinika 50 esete alapján, a melyek közül 47 pseudarthrosissal vagy deformitással gyógyult fracturára, 3 pedig friss törésre vonatkozik. Négy esetben észlelték súlyos sebfertőzést, a melyek közül 3 a czombon végzett műtét után támadt. Ezért a műtét indicatio felállításánál az infectio lehetőségét tartsuk szem előtt. Négy esetben nem állott be consolidatio a csontvarrat után: 2 pseudarthrosissal és 2 deformitással gyógyult törés esetén. Egy esetben skarlatina a beteg halálát okozta. 17 esetben teljes volt a gyógyulás normális functioval, teljes munkaképességgel, 28 esetben csak javulás állott be.

Friss törések esetén nem helyesli mindig az operatív beavatkozást, mert anatomicus nem jól gyógyult törés után is jó functionális eredmény állhat be. Ranzi híve a Bardenheuer-féle extensio kezelésnek, de nem csatlakozik Bardenheuerhez, a ki a véres műtétet mindig perhorreskálja s a rossz gyógyulást az extensio helytelen alkalmazásának tudja be. Diaphysistöréseknél csak kivételesen jöhet a véres műtét szóba, ellenben jogosult az ízületben létesült töréseknél. A vállizületben ficzomodással kombinált felkörtörés esetén feltétlenül javult a műtét. A supracondylar töréseknél csak akkor helyes a véres beavatkozás, ha az extensio nem vezetett eredményre. Ellenben a könyökizületben létesült töréseknél javult a műtét, mert egyfelől az epicondyluson tapadó izmok elvesztik támaszpontjukat, másfelől az epicondylus gyakran előfelé dislokálódott s a behajlításnál alkot akadályt. Olecranon- és patellatörésnél primaer varrat alkalmazandó, ha functiozavar van jelen. Malleolaris töréseknél a vértelen úton való kezelés eredményes. (Archiv f. klin. Chir., 1906. 80. k. 3—4 f.)

Steiner Pál dr.

A jóindulatú hólyagdaganatok therapiájában Weinrich (Berlin) 3 eset alapján nagy szerepet juttat az intravesicalis műtét methodusoknak Nitze szerint és igyekszik Cathelin-nek ezen műtét módszerrel szemben kifejtett aggodalmait (Bulletin de l'Association française d'Urologie, 1905.) eloszlatni. Weinrich szerint 1. a postoperatív vérzéstől nem kell tartani; Nitze-nek

150 műtett esete közül egyben sem kellett vérzéscsillapítás céljából a sectio alta-hoz fordulnia; 2. a tumor basisa kauterisatioval épen úgy elpusztítható, mint a sectio altánál excisioval; 3. ez eljárás főleg kisebb papillomáknál alkalmazandó, bár nagyobb daganatok is eltávolíthatók több ülésben; 4. e műtét csakis jóindulatú s nyeles hólyagdaganat esetén végezhető. (Archiv f. klin. Chir., 1906. 80. k. 4. f.)

Steiner Pál dr.

A radius typusos törését tette tanulmány tárgyává Poulsen (Kopenhága) s vizsgálataiból a következő conclusiót vonja: 1. A typusos orsócsonttörés coup és contrecoup útján jöhet létre; egyfelől a testsúly, másfelől a kéztőcsontok nyomása érvényesül s ezek leginkább a kiálló dorsalis és radialis ízületi felszínen fejtik ki hatásukat. A lig. carpi volare profundum feladata a kéztőcsontok rögzítésében áll, miért is a kéztőcsontoktól kifejtett nyomás kizárólag az ízületi felszínen érvényesül. 2. A kéztőcsontok nyomása az alsó fragmentumot felfelé tolja s ezt egyúttal haránt tengelye körül fordítja és többé-kevésbé beékeli a dorsális vagy radialis oldalon, rendszeren a radiális oldalon. Tehát voltaképp deviatio ad latus, axin és longitudinem van jelen. 3. A kéz követi az alsó fragmentumot és a dorsális radiális oldal felé eltolódik. 4. A deformitást dorsal-volar-ulnarflexioval és egyidejű tractioval szüntethetjük meg. (Archiv für klin. Chir. 1906. 80. k. 4. f.)

Steiner Pál dr.

Strumánál a pajzsmirigyverőerek önálló lekötesét ajánlja műtét gyanánt Enochin a kasani sebészeti klinikáról (Rasumowsky tanár). Hat esetben végezték e műtétet s ezen esetek alapján a következő conclusióra jutnak: 1. A pajzsmirigyverőerek lekötesése önmagában eredményre vezet vasculosus strumáknál. 2. A műtét után csakhamar megkisebbedik a golyva és e kisebbedés progressive halad. 3. A subjectiv nehézségek (köhögés, légzési nehézség stb.) megszűnnek, a betegek munkaképesek lesznek. 4. A cosmetikai eredmény kielégítő. 5. Az alsó pajzsmirigyverőér lekötésére a Drobnik-féle eljárást ajánlja, az arteriát a környező kötőszövettel együtt kell lekötni; kettős ligatura nem szükséges. 6. Drain-cső behelyezését a carotis és a gerincoszlop közé kerüljük, mert ez a vérereken decubitust okozhat s utóvérzésre vezethet. (Archiv für klin. Chirurgie, 1906. 80. k. 4. f.)

Steiner Pál dr.

### Gyermekorvostan.

A melaena neonatorum gelatina-kezeléséhez szolgáltat adatokat Neu a heidelbergi női klinikáról. Nyilatkozataiból kiemeljük a következőket:

1. A gelatinakezelés behozatala óta a melaena neonatorum halálozási százaléka 50-ről 13-ra esett. 2. Gyógyeredményei a gelatina észszerű alkalmazása mellett teljesen összhangzanak más szerzők jó eredményeivel. 3. Észszerű gelatinakezeléshez szükséges a) hogy a gelatinát lehetőleg korán, a melaena vera legelső biztos tünetei jelentkezésekor alkalmazzuk; b) legmegbízhatóbb a subcutan adagolás: naponként egyszer-kétszer 10—20 cm<sup>3</sup> 10% os gelatina sterilisata pro injectione; befeccskendezésnél a legszigorubb asepsis követendő; c) az orális használati mód elmaradhat, mivel hatása bizonytalan; d) nem tanácslandók a gelatinaklysmák. 4. Az ártalmak, mint tetanus és más fertőzések, a gelatinainjection-nál elkerülhetők. Gelatinaláz (felszívódási láz?) gyakori, de aránylag ártalmatlan. E mellett természetesen nem szabad elhanyagolnunk a kezelés sikerének feltételeit: állandóan tartsuk jó melegen az újszülöttet, teljes nyugalom, kezdeti theadiaeta után dajka, illetőleg anyatej. Helybeli hideg alkalmazása a hasra kerülendő, a has compressioja nélkülözhető. Stypticumok belső adagolása nem tanácsos. (Med. Klinik, 1906 41. sz.)

Flesch Ármin dr.

Rubeola után fejlődött polyneuritist ír le Revilliod és Lang Nyolcz éves fiúcskánál láz és nyálkahártyatünetek nélkül, tehát felette enyhén folyt le a rubeola. A kúteg eltűnése után bágyadság, fejfájás, bizonytalan járás jelentkezett; majd lassanként az összes végtagokon neuritikus fájdalomtól kísért paretikus tünetek mutatkoztak. Az inreflexek hiányoztak, a villamos izomingerlékenység csökkent volt. A motilitás a harmadik hét végén kezdett javulni, a teljes gyógyulás azonban csak a nyolczadik héten következett be. (Arch. de méd. des enf. 1906. 161. 1.)

Deutsch Ernő



Az alkoholhasználat elterjedése és hatása az iskolásgyermekeknél. *Hecker R.* müncheni iskolákban tett gazdag tapasztalatairól számol be a *Jahrb. f. Kinderheilkunde* (XIII. kötet 3. f., 470. l. 1906.) hasábjain. A 111 osztályra elosztó 4652 tanuló közül 4·5% szokványosan iszik, 55·3% rendszeres ivó, 6·4% élvezett pálinkát, 13·7% volt abstinens, 69 mint beteg nem jött számításba. 1952 gyermekre 1·6% orvosi rendeletre ivó jutott. Az alkoholélvezettel párhuzamosan gyengült a tanulók felfogása és rosszabbodott osztályzatuk. 11½ évig az alkoholt élvezők kisebb százalékban érték el a normális testhosszt mint az abstinensek. Az alkoholélvezet nagysága fordított arányban van a szülők műveltségének fokával. Észleleteit berlini s müncheni anyagon kiegészítve, a fenti lap 1906. évfolyamának 571. oldalán számol be róluk; ezek szerint a müncheni tanulóifjúság 20%-a iszik theát rummal, 12% naponta ½ liter söröt fogyaszt, 25% szokványosan élvezi a bort, 10% orvosi rendeletre. *Deutsch Ernő.*

### Bőrkórtan.

A *lupus conjunctivae* kezeléséről ír terjedelmes tanulmányt *K. Lundsgaard*, a ki értékes vizsgálatait a kopenhageni Finsen-intézetben végezte. Az intézetben kezelt 1250 különböző lupusos beteg közül *lupus conjunctivae*-ben 11 beteg szenvedett. E szerint ez a szövödmény 0·88%-ban fordul elő. A kezelés különböző lehet, mert az egyes esetek kiterjedése és elhelyeződése más-más kezelést igényel. Igen jó eljárás az operatív kezelési mód, mely első sorban a lupusos területnek teljes kimetszésében áll. A sebészeti kezelés végezhető azonban oly módon is, hogy a lupust kikaparjuk éles kanállal, a mit azután a tűzzel való kiégetés követhet. A kauterizatio különös türelmet és ügyességet igényel s első sorban miliáris göböknek izolált kiégetésére való. A fagyasztási eljárás aethylchloriddal a szerző szerint a conjunctiván nem alkalmas kezelési mód, nem azért, mert talán nehezen végezhető, hanem azért, mert végleges gyógyulás vele sohasem érhető el. A formalinnal való edzés, a mit *Behm* ajánlott, kimetszés és kikaparás nélkül nem jár biztos eredménnyel. Legkiválóbb eljárásnak, mert minden esetben sikerre vezető, a *Finsen-féle* fénykezelés tartandó. A szerző vizsgálatai erre nézve megállapították, hogy a conjunctiva palpebralis a hosszantartó fénykezelést kitűnően állja. A reactio egész lefolyásában és megjelenésében sokkal kifejezettebb, mint a bőrön. A fénykezelési eljárással a *lupus conjunctivae* rövid idő alatt és szépen gyógyul s még azon előnnyel bír, hogy hozzá műszerrel való manipulatio szükségtelen, jöllehet a kezelés csaknem az áthajlási redőig terjedhet. A szerző a conjunctiva lupusának kezelésére nézve a következő tételeket állítja fel: 1. A radikális kimetszés végzendő, ha a baj oly kiterjedelmű, hogy complicatio nélkül az ép szövetben végezhető a kimetszés. 2. Mihelyt a lupusos folyamat kiterjedtebb, vagy pedig recidiva támad a kimetszés nyomán: a fénykezelés alkalmazandó, mert a fénykezelés inoperabilis esetekben az egyetlen biztos eljárás. 3. A kikaparás, kauterizálás s egyéb ily kezelési mód csak segítő eljárás lehet, nem pedig főeljárás. (*Mitteilungen aus Finsen's medicinisch. Lichtinstitut in Kopenhagen, 10. Heft. 1906.*) *Guszmán*

### Húgyszervi betegségek.

A polycystikusan eltorzult nagy vesékről értekezik *E. Monod* és *E. Loumeau*. Esetüknek az érdekességét növeli az a körülmény, hogy a klinikai megfigyelés után az autopsia a szerzőknek alkalmat adott arra, hogy a vesékkal együtt azokat az elváltozásokat is tanulmányozhassák, a melyek ugyanazon kórfolyamat következtében a többi mirigyben, a májban, a lépben és a petefészkekben is beállottak. A domináló kórboneztani kép a sclerosis volt, a mely a fennebb említett zsigerekbe is többé-kevésbé befészkelődve, a görösvizsgálatnál a veséknek polycystikus transformatioi mellett is erősen szembeötlött. A szövettani laesiók részletes ismertetése után a szerzők kiemelik azt az ellentétet, a mely a makroszkopikus és a mikroszkopikus képek között van; a göröső alatt megállapított elváltozások csaknem elűnni látszanak azon praedomináló szerep mellett, a mely a nagyítás nélkül való nézésnél a polycystikus átalakulásoknak jut. Ha még meg is értik azt, hogy a renalis sclerosis a húgycsator-

nácskákat eltöméselve az eltömődés mögött cystikus öblösödéseket tud létesíteni, azt már nem tudják megmagyarázni, hogy ez a sclerosis miért nem vezetett teljes atrophíára és miért engedte burjánozni azt a tömérdek cystát, a melyek úgy viselkednek, mintha ők volnának egymagukban a bántalomnak az igazi okai? Hogyha a sclerosist vesszük a primaer bántalomnak, akkor felmerül az a kérdés, hogy miből eredt? Sokkal észszerűbb tehát, ha ezt másodlagosnak, vagyis a cysták által okozott izgalomból eredőnek tartva, úgy ebben, mint a többi viscerális sclerosisban nem látunk mást, mint az uraemikus intoxicationnak a következményét. Mert magából a primaer sclerosisból miképen magyarázható annak a bántalomnak a kétoldalúsága, a mely minden bizonynyal a betegnek a legzsengőbb korából, esetleg már a méhenbelüli életéből datálódik? Ezen az alapon tehát a szerzők ezt a betegséget olyan veszélyesülte rendellenességnek minősítik, a melynek sem a természetét, sem a székhelyét a göröső a mai napig nem tudta kifürkészni. (*Annales des malad. des org. génito-urinaires, 1906. 17. füzet.*) *Drucker Viktor dr.*

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A califig (californiai füge-syrup) sűrűn folyó, sötétbarna, csaknem fekete színű, kellemes ízű és szagú folyadék. Összetétele a következő: decoct. fici californiensis 45·0, syrup. aromatic. 30·0, extr. sennae liquid. 20·0, elix. caryophylli comp. 5·0. A praeparatum fő ható alkotórésze az extr. sennae. A sennának és készítményeinek kiváló tulajdonságai mellett azonban a mellékhatásai kellemetlenek. A mellékhatások, főleg a kólikás fájdalmak elkerülésére különböző módon praeparálták a sennát, alkohollal vonták ki, vagy azt ajánlották, hogy a leveleket egyenlő rész kávéval infundálják stb., de mindez nem vezetett eredményre. A califig alkotórészét tevő extr. sennae különös extractiós módszer szerint készül és ez az oka, hogy még nagyobb adagok sem okoznak kólikás fájdalmakat. A hozzákevert íz- és szagjavítók (syrup. aromatic. és elix. caryophylli comp.) ismét ezen irányban teljesítik feladatukat és nem engedik a sennapraeparatumokat kellemetlenné tevő ízt és szagot érvényesülni. A vehiculumok legfontosabbika a califigben a decoct. fici californiensis, mert hiszen a füge maga is, illetve a benne levő növényi savak, neutrális sók és a cukor hashajtók. Califfiggel tett tapasztalatait *Pozsonyi* a következőkben összegezi: 1. Enyhe, kellemes és minden mellékhatástól ment hashajtószer, a mely minden korban, még a csecsemő-korban is használható. 2. Javalt minden olyan esetben, a midőn akár csak 1—2-szer, akár pedig hosszabb ideig van szükségünk enyhén ható hashajtóra. 3. Az egyén szerint kitanulmányozva a szükséges adagját (*legtöbbször 2 kávéskanálnyi*), sem a menstruatio, sem a terhesség, sem a gyermekágy nem ellenjavallja használatát. (*Orvosok Lapja, 1906. 43. szám.*)

A jothiont sárga vaselinnel készített 10%-os kenőcs alakjában nagyon jó eredménnyel használja *Berliner* az ornyilások makacs eczemájának a gyógyítására; naponként egyszeri alkalmazásra rövid idő alatt megszűnik a baj. Ugyanezt a kenőcsöt idült középfüllob és fülsclerosis eseteiben is használta az ezen bajokban sokszor jelentkező kellemetlen fülzúgás ellen; körülbelül borsónyi darabot dörzsöltetett be naponként a csecnyűjtvány táján; eredményei nagyon jók voltak. (*Therapeutische Monatshefte, 1906. 9. füzet.*)

A somatosénak a tejelválasztást növelő hatása tekintetében meglehetősen ellentmondók a vélemények. *Pollak* nagyon védelmére kel e szernek; azt hiszi, hogy az eseteknek túlnyomó többségében tetemesen meg tudja növelni a tej mennyiségét. (*Therapeutische Monatshefte, 1906. 7. f.*)

Vérzéscsillapításra nagyon különböző okokból eredt vérzéseknél állandóan jó eredménnyel használja *Solt* a tehéntejet a végbélbe fecskendezés alakjában. A hatásmód különböző tényezőkre vezethető vissza, a legfontosabbik azonban nyilván az, hogy a tehéntej nagy chlorecalcium-tartalma szünteti meg a vérzést. Hogy a tejnek vérzéscsillapító hatása a szájon át bevitel esetén nem nyilvánul annyira, abból magyarázható, hogy ilyenkor a chlorecalcium megváltozik a gyomornedv behatására s hatástalanná válik. (*Therapeutische Monatshefte, 1906. 10. füzet.*)



## Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1906. 49. szám. *Schein Mór*: Börrák Röntgen-kezelése és operatív gyógykezelése. *Ko rád Jenő*: Klinikai adatok a méhrák elleni küzdelemhez. *Kiss Gyula*: A phloridzinreactio kérdéséhez. 50. szám. *Illyés Géza*: A phloridzin-reactio kérdéséhez. *Konrád Jenő*: Klinikai adatok a méhrák elleni küzdelemhez. „Honvédorvos” melléklet, 9. szám. *Anka Aurél*: A modern gyalogsági fegyverek által okozott lött sebek hadisebészeti jelentősége. *Szöllősy Atila*: Tábori egészségügyi rögtönzések.

**Orvosok lapja**, 1906. 49. és 50. szám. *Rottenbiller Ödön*: A húgy- és ivarszervek balneoterápiája. *Falta Marcell*: Gyakorlati útmutatás a trachoma gyógyításában.

**Budapesti orvosi ujság**, 1906. 49. szám. *Dieballe Géza*: Anaemia perniciosus esete myeloid leptumorról és excessiv hydraemiával. „Dietás és physikai gyógyítómódok” melléklet 4. sz. *Kövesi Géza*: Mennyiben befolyásolják a vízenyő újabb elméletei annak dietás kezelését? *Glück Gyula*: Az idegesség dietás kezeléséről. „Fülézet” melléklet, 2. sz. *Fischer Aladár*: A sinusthrombosis tünet- és műtétéről. *Fleischmann László*: Az otogen sinusthrombosisról. *Halász Henrik*: A hallási csontocskák eltávolításáról és ennek a hallás javulására vonatkozó értékéről. 50. szám. *Schiller Károly*: A subphrenikus tályog által okozott heveny genyvelgmélről. „Szemészeti lapok” 4. szám. *Goldzieher Miksa*: A rosszindulatú epibulbaris daganatokról.

## Vegyes hírek.

**Lapunk szerkesztősége és kiadóhivatala október hó 18.-a óta IX., Knezits-utca 15. sz. alatt van.**

**Újabb rovárok.** *S:tegyomor, agygyomor* (alias gyomrocs). Nagy ideje volna ezektől az igen rossz kifejezésektől tartózkodni. Sértik az ember fülét, mert hát annak igazán nincsen értelme, hogy a szívnek, az agyvelőnek *gyomra* volna. A magyar ember pedig soha semmiféle üreget gyomornak nem mond; ha a föld, a pokol gyomráról beszél, azt érti alatta, hogy a föld, a pokol megemészti a beléje temetett halottat, bűnöst. De a jelzett kifejezések is csak gondatlan fordításból eredtek, a mikor a latin *ventriculus* kifejezést fordították le gyomornak. *Ventriculus* (a venter kicsinyített alakja) az én szótáram szerint: hasacska, kis has, s az anatomia gyermekéveiben ellentétbe állították a nagy hasüreget a kisebb hasüreggel: a gyomorral, a mikor még a gyomor emésztését nem vették figyelembe. A latinok a gyomrot *stomachus*-nak mondták. Miért erőltessük ezt az értelmetlen szóösszetételt: szívgyomor stb., amely az agyvelőbe, a szívbe emésztő szervet helyezi, a mikor az, a mit megnevezni akarunk üreg, *kamara* nével jobb nevet kap? Ha a szívnek van pitvara, akkor csak nem észszerű a *pitvarból* a *gyomorba* küldeni a vért!

**Kérges test.** Kérdem, van-e valami okosság abban, hogy az ügyetlen, de idegen s ezért nem bántó latin műszókat leforítsuk? A míg *corpus callosum*-ról beszél valaki (hála a latin tanítás eredménytelen voltának), a legtöbben ezt úgy vesszük, mint a hogy a szomszédunkat *Gábor*-nak vagy *Péter*-nek hívják; mint a törődünk vele, hogy miért épen annak, elfogadjuk, ez a neve. De hogy valamit *kérges* testnek mondjunk, a mi egy cseppet sem kérges, sőt nem is test, csak testrészt, az már mégis értelmzavaró. Hát még ha azt olvassuk, hogy ennek a kérges testnek van szíjja, sőt a kérges testnek teste (*truncus corp. callosi*) is van — a miképen az agygyomor „tetejéről” is olvasunk —, akkor igazán megborsózik a nyelvérzékünk meg az értelmünk is. Elismerem, hogy az anatomiában tömördek az ilyen gyermekes, együgyű elnevezés, de a míg latin nyelven maradnak, addig csak nevek, a melyeknek jóformán semmi más értelmét nem tudjuk, mint a megjelölt testrészt, de ha magyarul lefordítjuk, akkor jelzőkké és pedig értelmzavaró jelzőkké válnak. Kérdem, van-e a szakanyatomusokon kívül valaki hazánkban, a ki pl. bold. *Mihalkovics* egyébként kitűnő bouczolástani munkáit használni tudná? —ass—

**Kinevezés.** *Réczey Imre* dr. egyetemi nyilvános rendes tanárt, udvari tanácsost, az igazságügyi orvosi tanács alelnökét az utóbbi állásra további három év tartamára kinevezte az igazságügyminister. — *Babarczy-Schwartz* *Ottó* és *Juba Adolf* dr.-okat az országos közoktatásügyi tanács tagjává nevezte ki a vallás- és közoktatásügyi minister.

**Megbízás.** A belügyminister a székesfővárosi állami gyermekmenedékhely által a fővárosban dajkaságba adott gyermekek ellenőrzésével *Szegevári István* dr.-t bízta meg.

**Választás.** *Vidakovich Lajos* dr.-t Vizaknán városi orvossá, *Popper Sándor* dr. Szőreghen körorvossá választották.

**Herzfeld L. Lajos** dr. székesfővárosi h. kerületi orvos vezetéknévét *Herzeg*-re változtatta.

„Hamvasztás” czimmel a facultativ halotthamvasztás eszméjét terjesztő havi folyóiratot indítanak meg január elején *Wilhelm Frigyes* dr. és *Pap Sámuel*. A lap előfizetési ára 4 korona. Az előfizetések a lap kiadóhivatalába (Budapest, V., Nádor-utca 20. sz.) küldendők.

**Jász-Nagykun-Szolnok vármegye közoktatóházában**, a mint azt *Papp Gábor* dr. igazgató-főorvos kimutatásában olvassuk, 1905-ben össze-

sen 1579 beteget (918 férfi és 661 nő) ápoltak. A betegek közül 87 elmebeteg volt, ezek mindegyikére 158 ápolási nap esett; a többi betegre egyenként 251 ápolási nap jutott. A halálozás 7.5%-ot tett. A műtétek száma 451 volt; chloroformnarcosisban 245 műtét történt.

**Kisebb hírek külföldről.** *Beigmann* tanár Berlinben, a kinek most ünnepelték nagy ovatóikkal a 70. születésnapját, nyugatomba készül vonulni. Hír szerint már ki is van szelve az utódja *Eiselsberg* tanár (Bécs) személyében, a ki hajlandónak is nyilatkozott már az állás elfogadására. — *Erb* tanár utódjává *Krehl* tanár (Strassburg) neveztetett ki a belorvostan tanárává a heidelbergi egyetemen. — *Chrobak* dr., a nőorvostan tanára a bécsi egyetemen, e hó 19.-én ünnepelte orvó-doktorrá felavattatásának 40. évfordulóját. — *Rindfleisch* tanár Würzburgban e hó 15.-én érte meg 70. születésnapját. — A prágai német egyetem szemészeti tanszékére, a mely Czernák halálával üresedett meg, első helyen *Bach* marburgi tanárt, második helyen *Wagemann* jeui tanárt és harmadik helyen *Elschnig* bécsi rendkívüli tanárt terjesztették fel. — *Uthoff* boroszlói tanárt a bonni egyetem szemészeti tanszékére hívták meg, a mel. *Sa-misch* tanárnak nyugatomba vonulásával üresedik meg. — *Krehl* tanár utódjává a strassburgi belorvostani tanszékére *Moritz* giesseni tanárt hívták meg.

**Törvényszéki pszichológiai és psychiatriai cursust** tartanak április 15.-étől 20.-áig a giesseni egyetemen. Előadók lesznek: *So umer*, *Aschaffenburg*, *Mittermaier* tanárok és *Dannemann* docens. A résztvevők díja 20 márka.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján novemberben a szülések száma 121 volt (először szülő 71, többször szülő 50). A született magzatok száma 123, még pedig élő 110, halott 2, maceált 1; érett 102, kora 19. éretlen 2; fiú 64, leány 59; törvényes 40, törvénytelen 83. A gyermekágyas nők közül 1 halt meg. A nőbetegosztályon összesen 98 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos poliklinika segélyét 61 esetben vették igénybe; a műtétek száma 42 volt.

A budapesti poliklinika rendelés-ein november havában 3796 új beteg jelenkezett. A rendeleseknek összes száma 12,318 volt.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület november hóban 183 esetben nyújtott első segélyt; ezenkívül 24 betegszállítását végzett, 37 esetben mint mozgóórság működött és 5 esetben téves jelentés miatt vonult ki. A november havi működési főösszeg tehát 249.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya november hóban összesen 104 esetben működött.

„Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatorium. Ujjonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

## Vizgyógyintézet

a „Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. E ész even át nyitva bejáró és benn akó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villamos fénnyűrdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László**.

**ABBAZIA** Dr. SZIGETI MÁRTON (nyáron Gleichenbergben).

**Marilla**

sanatoriumban a napi pensio: lakás, kiszolgálás, világítás, elemezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt — 12.50-16 koronába kerül. — Az igazgatóság.

**Dr. NIEDER MANN-SANATORIUM** (Széchenyi-telken, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvesz ideg- és kedélybetegségeket, alkoholistákat, morfinistákat leszoktatási gyógymódra. Sürgöny: Budapest. Teleph. n 79-72. Posta Rákospalota. Prospektus.

**Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13-15.** Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által.

**Dr. Kopits Jenő**, kórh. rend. orvos, **testgyegetesítő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18, I. em.** (Bejárat Kazinczy-u. 2).

**Dr. Doctor K.** v. egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3.** Telefon 697.

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. **SANATORIUMA.** Nőbetegek és szülők részére.

**Dr. RINGER** elme- és kedélybetegségei gyógyintézete nők és férfiak részére. Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).

**Orvosi laboratorium:** Vezető: **Dr. Vas Bernát**, Poliklinika. (Szövetség-utca 14-16.) Telefon-szám 90-46.

**Simonyi Béla dr.** Modern Röntgen-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágítás; Röntgen-felvételek. Harminczad-utca 6. (Erzsébet-tér sarok) Telefon 49-57. **Vibrációs massage.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1906. november 21.-én.) 1152. l. — Országos rákértékeztet. (II. ülés 1906. november 16.-án.) 1152. l.

## Közkórházi orvostársulat.

XI. bemutató szakülés 1906. november 21.-én.)

Elnök: Medvei Béla. Jegyző: Feldmann Ignác.

## Vesegümőkór operált esete.

**Rihmer Béla.** A 16 éves leány 3 hónapja szenved gyakori vizeletési ingerben, ez idő óta mindkét, de különösen bal oldalán vesefájdalmat tapasztal. Vizeletében geny, vér és Koch-bacillusok (állatoltás). A vesék nem tapinthatók. Cystoskopice a hólyagban oedema bullosum. Ureter-katheterizmussal kiderül, hogy a jobb vese ép, a balnak uretere elzáródott. A bal vese feltáráskor normális nagyságú, foetálisan lebonyolódott, külseje ép. A medence punctiojakor gümös törmelék ürül. Nephrectomia, sima gyógyulás. A kivett vese corticalisa ép, a velős rész egy-nemű, véregekben szegény kötőszövet foglalja el, a mely mikroszkop alatt részben sarjszövetből, részben már hegyszövetből áll, elsősorban tipikus tuberculumokkal. A műtét előtt subfebrilis, étvágytalan beteg a műtét óta teljesen láztalan és hizik.

A bemutatót esetben főleg az érdekes, hogy a vesetuberculosis szinte latensen folyt le és a műtét alkalmával már a spontán gyógyulás útján volt. A hólyagot kezelni fogja.

**Herczel Manó.** Köszönettel kell vennünk, hogy ilyen korai stadiumban operált esetet mutatott be az előadó. A baj nagyon el van terjedve és korántsem méltányolják eléggé. Az összes boncolások 30%-ában található vesetuberculosis. Az esetek több mint felében, sőt 80%-ában (Israel szerint) kezdetben csak az egyik vese beteg és ha kiirtják, a gyógyulás állandó. 10–20 éve észlelt gyógyult esetek vannak.

Az ilyen eseteket tehát operálni lehet, sőt kell, mert a betegek meggyógyulnak, különösen ha a baktériumok nem fertőzték meg a hólyagot. A baj nem ascendáló eredetű, csak kivételesen indul ki a férfi ivarszervekből, legtöbbször haematogen eredetű.

Vannak, kik az épek látszó vesének catheterizációját elítélik. Én nem osztom ezt a nézetet, mert ez kellő kautelák mellett veszély nélkül végezhető és sokszor nélkülözhetetlen. — A bemutatás érdeme annál nagyobb, mert ezelőtt 12–14 évvel a vesekiirtást jogosultságot a műtétnek mondták, még Albert is azt mondja könyvében „messze van még az idő, mikor a vese kiirtása jogosult lesz”.

A vesekiirtás nemcsak jogosult, de áldáshozó műtét. 1889-ben foglalkoztam először a heidelbergi klinikán a kérdéssel, azóta a kellő módon megvizsgált és megindokolt esetek közül vesekiirtásos beteget csak elvéve vesztettem.

Két esetem a következő: Az egyik eset 14 éves leányt illet, kinek családjában gümőkór nem fordult elő. Baja 1½ év előtt kezdődött gyakori és fájdalmas vizeletési ingerrel, mely az ismételt hólyagkezelés ellenére nem javult. Vizelete állandóan genyes, véres, gümöbaccillust tartalmaz. Az utóbbi időben sokszor lázas, erősen lesoványodott. Az objectív vizsgálat kimutatta, hogy a jobb vesének megfelelőleg elmosódott határú, igen érzékeny terimenagyobbodás van. A cystoskopos vizsgálat eredménye: cystitis haemorrhagica kis fekélyekkel a jobb ureter szájadzára körül. A jobb veséből alig jött törmelék vizelet genyvel és vérral keverve. A bal uretert külön ülésben kellett szondázni, mivel a használt kis műszerrel a két uretert egyszerre szondázni nem lehet; az ezen oldalról nyert vizelet teljesen normális volt. A jobboldali vesegümőkór diagnózis tisztázva lévén, nephrectomiát végeztünk. A jobb vese hatalmasan megnagyobbodott, kifejtésekor a vese alsó polusán ülő, igen vékonyfalú, körülbelül almányi tályog beszakad, különben a peritoneum sértése nélkül sikerül kihámozni az erősen megvastagodott ureternek 8 cm. hosszú darabjával együtt. A műtét 10 nap előtt történt, azóta a beteg láztalan, közérzete sokkal jobb, vizelete tisztább. A hólyag fekélyei bizonyára másodlagos beszűrődés folytán jöttek létre, s a kiirtás óta már annyiban javultak, hogy a beteg 4–5 óráig tartja a vizeletét. Később e bajnak helyi és általános kezelése lesz szükséges.

A második eset 22 éves nő, kinek panaszai egy év előtt kezdődtek jobboldali vesetáji fájdalmakkal. Az utóbbi időben folyton lázas, vizelete erősen zavaros, genyes. A beteg folyó év tavaszán került osztályunkra igen legyengült állapotban. Jobboldalt a lumbaltájra is átboltható gyermekfejnyi hullámzódagán volt tapintható. Tekintettel a beteg nagy gyengeségére, csupán nephrectomiát végeztünk, egy elég felületesen fekvő tályog kiürítésével. A beteg ezután gyorsan összeeszedte magát, súlyban gyarapodott, a műtét helyén azonban erősen genyedő sipoly maradt vissza, miért is október 16.-án másodlagos nephrectomiát végeztünk. Az erős hegek közé ágyazott, a peritoneummal erősen összekapaszkodott vese eltávolítása nagy nehézségeket okozott, mindazonáltal sikerült subcapsularisan egy darabban eltávolítani.

**Balás Dezső:** A bemutatott eset kapcsán hasonló esetet mutat be. A 28 éves hajadon nőbeteg folyó év szeptember 25.-én tetetett át Székács osztályáról Janny osztályára. A beteg 1½ év óta érzett hasának bal felében szúrós, görcsös fájdalmakat, a mellett rendkívüli

módon lefogyott, s a folytonos rázóhideg és magas láz következtében annyira legyengült, hogy járni sem tudott. Az erősen anaemiás, megfogyott betegen a megnagyobbodott, kóros bal vese jól kitapintható, nyomásra fájdalmas. A vizelet zavaros, savi, kevés fehérjét, sok genyvet tartalmaz, gümöbaccillust kimutatható benne.

Ureter-katheterizálással a jobb vese épnek bizonyult. A beteg lázas, 39,5–40° C. esti hőmérséketei vannak. A műtétet szeptember 30.-án végeztem aether-narcosisban. Bergmann-metszéssel feltártam a vesét és egészében távolítottam el; nagy nehézségbe ütközött a magasan elhelyezett felső vesepolus kiszabadítása. A gyógyulás per primam folyt le.

A beteg a műtét előtt 43 kgm.-ot nyomott, jelenleg 59 kgm. súlyú, tehát 1½ hó alatt 16 kgm.-ot hizott, fennjár, fájdalmat nincsenek, vizelete tiszta és benne gümöbaccillust nem találhatók, nem lázas. A kiirtott és felmetszett vese előrehaladott nephritis caseosát mutat.

**Rihmer Béla:** Köszöni a hozzászólást. Herezet autentikus a kérdésben, mert ott volt a Czerny-klinikán, ahol a vesekiirtás született. Huszonegy év óta észlelt eset a legrégibb.

(Folytatása következik.)

## Országos rákértékeztet.

II. ülés. (1906. év november 16.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula dr. Titkár: Zimmermann Károly dr. Jegyzők: Holzwarth Jenő dr., Kubinyi Pál dr., Zirkelbach Antal dr.

(Vége.)

**Szabó Dénes:** Örömmel járlok Bársony javaslatához, hogy a rákbizottság bizassék meg a közönséghez intézendő kioktatásnak készítésével, a melyben a rák elkerülésére szükségesek foglaltassanak. Nem kétlem, érdekes és tanulságos lesz ez a kioktatás, de irányt jelölni nem tudok, nem átalom bevallani, hogy a rák prophylaxisa tekintetében ismereteim nullák. A rákosok közt előforduló pipások, bagázók stb. miatt ezt alkalmi okul szerepeltetik; ilyen kritika nélkül továbbított nézet az is, hogy a vesztés, különösen a mesterségesen előhívott, oka a méhráknak; az én eseteim 75%-a nem vesztett soha, tehát ebben az okban sem hiszek. Minthogy az orvosi tudásnál hittel nem akarok dolgozni, őszintén bevallom, a ráknak okát nem ismerem, tehát védekezni ellene, vagy mást ily védekezésre kitanítani sem tudok.

Ha syphilis vagy kankó esetében a beteget, úgy a mint ez történik, kitanítjuk, hogy betegségével másnak kárt ne tegyen, ezt értem és érti a beteg is; de ezzel például a 18 éves korában szült nő kitanítása, hogy 30–40 év múlva rákossá lehet, talán nem egészen azonos értékű. A kórházakban megjelenő, tehát éppen a magukkal törődő nők kitanítása lelkükbe oltja a ráktól való félelmet; a tünetek a női nemi káros korlátolt helyzete miatt annyira egyezők más megbetegedések tüneteivel, hogy a rákot fogják látni minden folyásnál, minden vérzésnél. Kétségtelen, hogy a ráktól való félelem az orvoshoz viszi a nőt; feltűnt nekem, hogy egy kisebb városkából nagyszámú nő, köztük leány is keres fel rendelésemkor; kérdésekre megtudom a vándorlás okát is: műtételre elkésztettek jelzett rákos nő Bécsben műtételkor elhalt, s nehogy megkéssenek, kerestek fel a ráktól féltő nőket. Más különben mondhatom, hogy azok közül, a kik ráktól féltek, csak egy volt igazán rákos, persze letagadtam, szinte esküt kellett tennem, hogy nem rákos.

A rák elleni védekezés nálunk a műveltség hiányán és a népbizottságon szenved hajótörést s azért a nép széles rétegeibe ez a mozgalom nem jutott; a kik legjobban reászorultak a kioktatásra, azokat el nem éri. Magyarországon 38,8, az erdélyi részekben 58,9%-a a népességnek nem ismeri az olvasás művészetét, ebben térnek el lényegesen a viszonyaink a műveltebb nyugatitól. Nem kétlem, hogy a kitanítás a művelt társadalomban a ráktól való félelem keltésén kívül haszonnal is járhat, de első sorban kell hogy e mozgalom a házi orvosként működő kártársainkat arra bírja, hogy ne elégedjenek meg például a nemi részekből származó rendetlen vézéseknél a recipe írásával, hanem maguk vizsgáljanak, vagy ha társadalmi okok miatt ez a javaslatuk ellentállásra talál, utasítsák a beteget más orvoshoz, a ki alkalmasint nem fogja lehetetlennek találni a vizsgálatot.

**Tauffer Vilmos:** A Bársony tanár által proponált eljárás a méhrák elleni védekezést illetőleg két részre osztható: Bársony is elfogadja t. i., hogy a női világot a méhrák fenyegető veszélyére figyelmeztetni kell, és másodszor propositionokat tesz az eszközöket illetőleg, melyekkel e cél megközelíthető. Sok oldalról vitás kérdésnek tartják, vajon célszerű, vajon hasznos-e a női nemet a carcinoma veszélyéről felvilágosítani és a kezdő tüneteket széles körben magyarázni. A szakirodalomban e kérdés oly behatóan volt tárgyalva, a pro és contra oly érett megfontolás alapján volt egymással szembeállítva,



hogy részéről feltétlenül azok mellé csatlakozom, a kik a felvilágosítást helyesnek tartják, mert sokkal kisebb veszélyt látok abban, ha akárhány neurastheniás egyén ideig-óráig a carcinomától való félelem miatt nyugtalan, mint ha az a másik mérhetetlenül nagyobb hátrány áll fenn folyton, a mely a nők tudatlanságában a rák kezdeti tüneteivel szemben a nőorvos előtt lépten-nyomon nyilvánul. Ebben a tekintetben tehát Bársony tanárral egyetértek. A második kérdést illetően, hogy milyen legyen ezen felvilágosítás, mely eszközökkel és milyen körben történjék, az előadóval nem vagyok egy véleményen, mert úgy gondolom, hogy a kitűzött nagy célhoz arányosítva javaslatok nem megfelelők, ha tudniillik intő szövegünk csak azokhoz jut el, kik a klinikákon és kórházakban fordulnak meg, mert vajmi csekély azon nőknek a száma, a kik az így kezükbe nyomott nyomtatványból a kellő tanulságot le fogják vonni; előrelátható ugyanis, hogy az ilyen mód mellett ép az intelligensebb körökhöz nem jut el figyelmeztetésünk, azokhoz a körökhöz, a melyekben s a melyeknek a környezetére való hatása által a méhrák elleni küzdelemben eredményeket várhatnánk.

Sajnálattal konstátálom, hogy Bársony tanár előadásában nem vette tudomásul, hogy szerény magam ezen védekezés érdekében pár év óta kezdeményező lépéseket tettem, először akkor, mikor az orvosi kör felszólítására 1905. évi február 14-én „Mennyiben gyógyítható betegség a méhrák?” címen épen e helyen előadást tartottam, abból a célból, hogy a méhrák ellen való küzdelmet hazánkban is kezdeményezzem. Annál feltűnőbb, hogy Bársony tanár erről említést sem tesz, mert az ügy fontosságát szem előtt tartva, az Orvosegyesület rákbizottságának határozata folytán előadásom 4000 példányban ki-nyomtatva hazánk minden orvosának megküldetett. Megjelent ezenkívül előadásom az Orvosi Hetilap „Gynaekologia” mellékletében és foglalkozott vele a gynaekologiai szakosztály kiküldött bizottsága is. Bátor vagyok még azt is felemlíteni, hogy ugyane tárgyról a szegedi vándorgyűlésen tartott előadásom a „Gyógyászat”-nak hasábjain is megjelent, továbbá a rákbizottságnak itt az Orvosegyesület színe előtt végbement referáló ülésén is szóba kerültek ajánlataim és végre az utolsó nyáron tartott szűnidei orvosi cursust alkalmával a rendezőség felszólítására ugyancsak e tárgyról tartottam előadást „A méhrák gyógyításának függő kérdéseiről”, mely előadás a „Gynaekologia”-ban eljuttatott volna Bársony tanárnak kezeihez.

Engedje meg tehát a t. Értekezlet, hogy a méhrák elleni védekezés érdekében kezdeményezett eljárásomat és ajánlataimat röviden összefoglalva magam megismertthessem.

Munkálkodásom irányelve volt mindenekelőtt az orvostársadalmat meggyőzni, hogy a méhrák kellő korai időben operálva, gyógyítható betegség. Úgy véltem, hogy a legmeggyőzőbb érvelés az lehet, ha ismertetem a vezetéseim alatt álló klinika működésének 24 évi anyagát, a melynek keretében 172 gyökeres módon megoperált méhrákos betegemnél a végleges gyógyulási eredmény (5 évvel a műtét után) 44,5% volt, kétségen kívül olyan eredmény, mely alkalmas arra, hogy a kartársakat buzdítsa, hogy a méhrákos betegeket minél korábban igyekezzenek a specialista műtő elé juttatni. Erre törekedve feladatommak tekintettem orvostársaimat a korai diagnosis fontosságára és eszközeire figyelmeztetni, felsorolva a czélszerű eljárásnak mibenlétét és méltányolva mindazon nehézségeket, a melyekkel az orvos e tekintetben a gyakorlatban szemben áll. Végül levontam a következtetéseket és abban concludáltam, hogy hazánk orvosi és kórházi viszonyai mellett még nem érkezett el az idő, mikor a társadalomnak felvilágosítása, azaz az intelligensebb női közönségnek bevonása a küzdelembe czélszerű volna.

Véleményem szerint mindenekelőtt az orvosok a legszélesebb körben és az orvosi intézmények széles ez országban mindenütt kell hogy kellő készültséggel csatasorba legyenek állítva. Szükségesnek látom ugyanis, hogy minden gyakorló orvos a korai diagnosis megtételére előkészítve legyen és már a priori tudja biztosan, hogy mely központban kihez fordulhat úgy a histologiai diagnosis, mint a beteg mielőbbi megoperáltatása érdekében. Mert meg vagyok győződve, hogy semmi sem compromittálja az ügyet jobban a nagyközönség előtt, mint ha az orvos egy concret esetben ajánlatainak keresztülvitelében habozni vagy kapkodni kénytelen, a mikor a körében élő közönség a veszély tudatában van. Ez utóbbi szempontból nézve a dolgokat, az a véleményem, hogy az egyetemi klinikák, a bábaképző intézetek és a nagyobb kórházak, a hol prosectura van vagy közel jövőben ilyen fel fog állítani, erkölcsi kötelességet teljesítenek, mikor az e révén rájuk nehezedő feladatot vállallják, mert meggyőződésem, hogy minden operatív téren foglalkozó és a szaktekintély előnyeit és prestigét élvező szakember köteles az emberiségnek ily nagy csapása elhárítására legjobb erejével közreműködni, nevezetesen a méhrák gyökeres operálásába magát belegyakorolni. Csak a mikor az ilyen orvosi hozzákészültség az egész országot behálózza, a mikor mindenütt meglesz az a szakember, a ki a rákos méh gyökeres kiirtására illetékesen vállalkozik, leszünk feljogosítva a társadalomhoz közvetlenül fordulni felvilágosításunkkal, tehát akkor, mikor minden kezdődő méhrákban szenvedő beteg késedelem nélkül megtalálja azt a helyet, a hol betegsége gyógyítható. Ha elérkezett ezen idő, akkor véleményem szerint a női nem felvilágosítása olyan kell hogy legyen, a milyen a Winter munkássága folytán Kelet-Poroszországban és a legtöbb német államban ma már létezik, tudniillik a legszélesebb körű; olyan, mely a palotától a kunyhóig minden házba behatol. Meg vagyok győződve, hogy Kelet-Poroszországban sem minden nő olyan művelt és intelligens, hogy saját sorsának intézője lehessen, de ezer és ezer esetben megtalálja körében

azt a magasabb intelligenciájú mentort az asszonyok között, a ki vigyáz reá és a felmerülő bajnak gyógyítása végett a helyes útra tereli.

Ez az országos értekezlet kevésbé alkalmas a teendők részleteinek megvitatására és szerencsés körülménynek tartom az ügy érdekében, hogy a Budapesti Királyi Orvosegyesület Rákbizottságában meg van alkotva az az organum, a hol az itt felmerült eszmék kivihetősége mérlegettni fog s így remélem, hogy a méhrák elleni küzdelem előbb-utóbb nálunk is eléri azt az üdvös eredményt, mely a nálunknál fejlettebb országoknak már is gyümölcsöket hoz. Konstátálva van, hogy a hol e propaganda még szélesebb körű publicitással megtörtént, ott a gyökeresen gyógyítható rákos betegek százaléka rohamosan, azaz pár év alatt feltűnő módon felszaporodott. Hogy ez minálunk is így legyen, kétségtelenül mindnyájunk hű óhajta.

Grünn János: Lovrin község (Torontálmegye) 4000 német ajkú lakossággal bír. Foglalkozik főképp konyhakertészettel, és nevezetes, hogy az aránylag nagyon sok rakeset (10 évi kimutatás szerint a halálozás 8 százaléka rák volt) főleg a községnek azon bázisaiban fordult elő, a hol mély fekvésű kertek vannak, melyeken egy kis patak folyik keresztül, melynek a vizét az ültetvények locsolására használják fel. Ezen feltűnő eloszlása a rákeseteknek azt a gyanút kelti, hogy bizonyos összefüggés lehet a rák terjedése és a fent említett talajviszonyok között.

Bársony János: Fischl Ármán felszólalására azt válaszolja, hogy a mikroszkop mindenestre olyan segédeszköz, a mely a diagnosisban gyakran eligazít ugyan, de nem mindig és megtörténik, hogy épen a határesetekben a mikroskoptól sem kapunk kielégítő választ. Lubarsch mondja, hogy nem is méltányos a histológustól megkérni, hogy a klinikusnak prognosist állítson. Opitz, Pankow szintén úgy nyilatkoznak, hogy a mikroskopi lelet a klinikai diagnosist gyakran nem fedi. A szülő körülbelül egy év előtt ilyen határesetben kért Genersich tanártól véleményt, a ki a mikroskopi kép áttanulmányozása után úgy nyilatkozott, hogy bár a kép nem viseli magán a rák jellemző rajzolatát, mégis, ha klinice ráknak néz ki a betegség, akkor csak vegyék ki a méhet. Úgy is történt. Szólo tehát arra hívja fel a figyelmet, hogy a klinikusok ne bizakodjanak teljesen a mikroszkop nyújtotta jó prognosissal, hanem gyanus esetekben kísérjék éber figyelemmel a betegség további lefolyását és a fordulatait, nehogy a műtétre alkalmas időt elmulasztásuk.

Malom Dezsővel egyetért abban a tekintetben, hogy a rákellenes mozgalom tevékenysége a bábákra és kuruzslókra is kiterjedjen.

Szabó Dénes úgy látszik a nihilizmus alapján áll; Szabó nem hisz a prophylaktikus intézkedések hasznában és nem hisz, hogy ez a rákellenes actio eredményes legyen. Szerinte tehát össze kellene tenni továbbra is a kezünket és várni, mi történik s mit hoz a balsors. Hogy a prophylaxistól mégis csak lehet várni valamit, ezt azok az esetek mutatják, a melyekben csakugyan kimutatható a betegségnek az oka.

Poirier például az Académie de Médecine 1906. október 30-i ülésén 32 nyelvkről tartott előadást. A betegek mind dohányosok voltak, közülük 27 syphilisben szenvedett; tapasztalatai alapján a nyelvkről kimondja, hogy különösen dohányosoknál és syphiliseseknél fordul el. Régóta ismert dolog az is, hogy leukoplakiából nagyon gyakran rák fejlődik. Azután meg Czerny professor, az a valaki, a ki otthagya a tanszékét, teljesen a rák tanulmányozására adta magát, akként nyilatkozik, hogy „prophylaxisból óvni kell az asszonyokat minden chronikus gyulladásos állapottól”. Hogy mi szerepe van a művi vetelésnek, csak gyanítani lehet, mert ez irányban adatokat sem Szabó, sem szülő nem gyűjtött, de ilyen adatokat gyűjteni nehéz is volna, mert a gyermekelhajtásokat az asszonyok nem fogják bevallani. A mi pedig Szabónak azt az állítását illeti, hogy az adnexumok betegsége ugyanazokkal a tünetekkel járna, mint a rák, e tekintetben szólnak a véleménye teljes ellentétben áll a Szabóval, tudniillik azt tapasztalta, hogy az adnexumok betegségeinek a tünetei annyira elütnek a ráktünetektől, hogy már a beteg anamnesisének a felvétele alkalmával egyik vagy másik irányban kialakul a gyanú. Például az adnexumok betegségei lobos tünetekkel kezdődnek, lázakkal, fájdalmakkal, a mely tünetek kezdőfélben levő ráknál sohasem jelentkeznek; annál inkább elütő a kép az adnexum-daganatnál.

Tauffer tanár hozzászólására azt válaszolja, hogy az előadásában említett, Winter-féle százalékszám, mely szerint eddig csak 10% gyógyult s mint nehezen kielégíthető remény kevésnek látszik a 25% gyógyulás, akként értendő, hogy ez a százalékszámítás az összes méhrák esetekre vonatkozik, míg a Tauffer tanár 44,6% gyógyulása csak az általa operáltak gyógyulási százaléka.

A napilapokban való közlését a felhívásoknak és óvásoknak a szülő a czélon túllövésnek tartja; a kórházakat felkereső vagy onnan távozó beteg, a ki a közelmúltban az egészségeért aggódáson ment keresztül, szívesen olvas minden az egészséget ápolni czélzó figyelmeztetést, míg az egészséges a fenyegetést alkalmasint el sem olvassa vagy ijesztgetésnek tartja és reactioval fogadja.

Szabó Dénes: Bársony kartárs félreértett: nem majdnem megesküdtem, hogy nem rákos és mégis rákos volt a nő, hanem a ráktól félők között volt egy, a ki igazán rákban szenvedett, s nem akarta elhinni, hogy nem rák a betegsége, úgy hogy őszinte esküt kellett



tennem, hogy nem akarom elaltatni félelmét azzal, hogy tagadom betegségének rákos jellegét. Említettem ezt azért, mert a nők kitartása után még több nő meg lesz győződve arról, hogy rákja van s e meggyőződése ellenében még többször kerülhetünk oly helyzetbe, hogy a rákot le kell tagadnunk minden áron.

**Krompecher Ödön:** A rákbetegség szövettana czímen tart előadást. Az előadó évekre terjedő vizsgálatai alapján a rákokat szövettanilag két főcsoportba osztja. Megkülönböztet: 1. nem differenciált vagyis basalejtű rákot, és differenciált sejttű rákot, mely utóbbi megint tüskés-, mirigy- s hengersejtű lehet. Részletebben tárgyalja azon kritériumokat, melyek alapján a rák mikroszkopice egyéb jóindulatú hámburjánzástól elkülöníthető. Utal arra, hogy a bőrrák gyakrabban, a többi rák ritkábban egyszerre több helyen támad s hogy ilyen másodlagos gócz oly kicsi lehet, hogy műtétkor elkerülheti a sebész figyelmét, ott marad s új rák képződésére vezethet. Feltűnő, hogy átteleles rákgócok a belső szervekben csak későn jelentkeznek. Ennek magyarázatára felel, hogy az elsődleges góczból korán levált s a vér- és nyirokárammal szétvitt ráksejtek a szervezetben elpusztulnak s az újonnan levált ráksejtek csakis akkor tapadnak meg és nőnek tovább, ha a ráksejtek szétesése folytán képződött mérgek senyvedésre és vérszegénységre vezetnek. Átteleles gócok is gyógyulhatnak a ráksejtek szétesése és betokolódás útján. A szövettanilag különféle rákok klinice is különbözőképpen viselkednek. Aránylag igen jóindulatúak a bőr, főleg a pofa, a homlok basalejtűs rákjai. Ugyancsak jóindulatúak a gyomor és végbél bolyhos és bizonyos mirigyes szerkezetű rákjai. Míg ezek műtét beavatkozás esetén 100%-ban gyógyulnak, addig más, főleg a szöveteket infiltráló s mikroszkop alatt tömör szerkezetű feltűnő rákok rosszindulatúak s egyes helyeken 100%-ban újulnak ki. Nagyon ajánlatos a rákot a műtét előtt mikroszkopi vizsgálatnak alávetni. Ha a mikroszkopi vizsgálat aránylag jóindulatú rákot állapít meg, minden esetben jogosult a műtét; ha a rák rosszindulatúnak, vagyis olyannak bizonyul, mely alkalmasint a műtét ellenére is kiújul, a műtét csakis jó erőbeli állapot mellett ajánlható.

**Korányi Sándor** budapesti egyetemi rk. tanár: **A gyomorrák korai diagnosizálásáról** értekezik. Eredeti közleményeink között egész terjedelmében közöltük.

**Áldor Lajos:** Két évvel ezelőtt az albumosénak a vizeletben való kimutatására egy egyszerű eljárást ajánlottam. (Berl. klin. Woch. 1899. és Orvosi Hetilap 1899.) Az eljárás klinikai használatosságát nagyobb anyagon próbáltam ki és e czélra vizeleteket minden válogatás nélkül megvizsgáltam. Eredményeim áttekintésekor az tűnt ki, hogy lázas betegeken kívül csupán gyomorrákban szenvedő egyének-nél kaptam pozitív albumosereaktiót. Ezen körülményre e tárgyról szóló közleményemben nyomatékosan felhívtam a figyelmet, de a milyen népszerűsége tett szert maga az általam ajánlott eljárás, épen olyan könnyben részesült sokáig közleményemnek a carcinomára vonatkozó része. Végre a múlt évben *Ury és Lilienthal* — főnökük, Boas megbízására — nagyobb anyagon tették leletemet utánvizsgálat tárgyává és vizsgálataikat az *Archiv für Verdauungskrank.*-ben (1905) közölték. Hangsúlyozták, hogy én voltam az első, a ki carcinománál albumosuriát kifogástalan módon talált és maguk is csodálkozásuknak adnak kifejezést, hogy az én leletem mindeztideig más oldalról nem részesült utánvizsgálásban. Vizsgálataim mindenben megerősítik, mert összes carcinoma-eseteiknek  $\frac{2}{3}$ -ában (56%) pozitív albumosereaktiót kaptak. Hét év óta e vizsgálatokat a magángyakorlat anyagán folytatom — a mit megkönnyít az eljárásnak felette egyszerű volta — és immár nagy anyagon gyűjtött tapasztalataim alapján állíthatom *Ury és Lilienthal*-al teljesen egybehangzóan, hogy ha a kórismét kétségtelenül dokumentáló jelentőség az albumosénak az intestinalis-carcinománál nem is tulajdonítható, a reactionnak ismételt pozitív eredménye a malignus megbetegedés meglevő gyanúját jelentékenyen megerősíti.

## PÁLYÁZATOK.

5079/906. kig. sz.

A megüresedett **vértessacsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak s a pályázatra jogosítva vannak, hogy kellően felszerelt kérvényüket nálam 1907. évi január hó 7. napjáig beadják, mert a később érkező kérvények figyelembe vételni nem fognak.

A körorvosi székhely Vértessacs, és a körhöz Vértessacs, Vértessoglyár, Pázmánd és Vereb községek tartoznak. Az összes lakosság száma 7000 lélek. A körorvos fizetése a körhöz tartozó községek által előleges negyedévi részletekben fizetendő évi 1600 korona, nappali látogatási díja 50 fillér, éjjeli látogatási díja 1 korona.

A körorvos tartozik hetenként egyszer, a községi előjáróságokkal együttesen megállapítandó napon a körhöz tartozó községekben, szükség esetében a pusztán megjelenni.

A választás határnapjául 1907. évi január hó 9. napjának d. e. 9 óráját Vértessacs községéhez tűzöm ki.

V á l, 1906. évi december hó 7.-én.

*Tarafás, főszolgabíró.*

5240/906. sz.

A járásom területén alakított XXI. orvosi kör **körorvosi állásának** betöltése czéljából ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kívánó orvosokat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket, netáni eddigi alkalmaztatásukat feltüntetve működési bizonyítványikkal együtt, jö 6 1907. évi január hó 15.-éig annál is inkább nyújtsák be hatóságomnál, mert a később beérkezőket figyelmen kívül fogom hagyni. A választás napját a pályázati idő lejártával fogom megállapítani s arról pályázókat értesíteni.

A betöltendő körorvosi állomás székhelye a járási székhelyt képező Kiszuczauhely nagyközség. A XXI. orvosi körbe vont községek lélekszáma 10,179 lélek.

A körorvos javadalma 1200 korona évi törzsfizetésből, a törvényhatóságilag megállapított látogatási díjakból, ezen látogatásokkal kapcsolatos természetbeni fuvar vagy az ennek megfelelő úti költségekből, a halottszemle- és himlőoltási díjakból áll. Hivatalos kötelei körébe a trachomakezelés is tartozik.

A körbe vont községek a körorvos választásánál alább feltűtetett számú képviselőtestületi tagokkal vesznek részt:

Kiszuczauhely 10; Gerebes (Povina) 3; Radola 3; Ujhelyszabadi (Bud; Lehota) 2; Neszlény (Neszlusa) 4; Kisudás (Kis-Rudina) 2; Nagyudás (Nagy-Rudina) 3; Rezsőfalva (Rudinszka) 3; Felsővadás (Felső-Vadicszó) 4; Középvadás (Közép-Vadicszó) 2; Alsóvadás (Alsó-Vadicszó) 2; Kaszásrét (Kotres-Lucska) 2; Lopus (Lopusna) 2; Pázsitos (Pázsitje) 2; Borodnó (Brodnó) 3; Ókért (Oskerda) 2; Havas (Szuzsnicza) 3 és Varjad (Vranje) 2 képvis. test. taggal.

A közszolgálat szempontjából óhajtanó volna, hogy pályázók a velük közlendő választási határnapon, esetleg azt megelőzőleg hatóságomnál személyesen megjelennének.

Ezen pályázati hirdetményemet a „Vm. Hiv. Lapban” és a körbe vont községek költségére az „Orvosi Hetilapban” és az „Országos Orvos-Szövetség Hiv. Lapjában” közölni rendelem.

Kiszuczauhely, Trencsén vm, 1906. évi december hó 12.-én.

2—1

*Cselkó Jenő, járási főszolgabíró.*

7260/906. sz.

A szegedi m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. A másodorvosi állás javadalmazása: 1200 kor. évi fizetés, I. osztályú élelmezés, 1 szobából álló lakás, fűtés és világítás.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy a kellőképpen felszerelt pályázati kérvényüket a Nagyméltóságú belügyministeriumhoz ezímezve legkésőbb 1907. évi január hó 15.-éig a szegedi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosánál nyújtsák be.

Szeged, 1906. évi december hó 11.-én.

*Turcsányi Imre dr., igazgató-főorvos.*

Magyar királyi vallás és közoktatásügyi miniszter úr 6 Nagyméltósága folyó évi október hó 5.-én 86,641. sz. alatt kelt magas rendeletével a diósgyőri gyártelepi társulási kórházat, illetőleg annak sebészeti osztályát egy gyakornok felvételére jogosította fel.

Ezen orvosgyakornoki állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állással szabad lakás, fűtés, világítás, élelmezés és havi 66 korona 66 fillér segélydíj élvezete van egybekötve.

Felhívom a pályázni szándékozó orvostudor urakat, hogy pályázati kérvényeiket alulírott gyár főnökségéhez (Diósgyőr-Gyártelep) mielőbb nyújtsák be.

Diósgyőr, 1906. évi december hó 13.-án.

2—1

Diósgyőri m. kir. vas- és acélgyár.  
*Fleischmann, főfelügyelő, gyárfőnök.*

3798/906. sz.

Somogy vármegye közoktatásügyi miniszter úr 1000 kor. fizetés, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A kinevezés két évre szól és esetleg meghosszabbítható.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy Kaposity Jenő főispán úrhoz ezímet kérvényeiket 1906. évi december hó 31.-éig a kórházigazgatóságához nyújtsák be.

Az itt töltött alorvosi szolgálat a szülészeti kivételével a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámíthatik.

Kaposvár, 1906. évi december hó 14.-én.

2—1

*Szigeti Gyula Sándor dr., igazgató-főorvos.*

3345/906. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kis-Küküllő vármegyében fekvő Zsidve községi **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

1. Ezen községi orvosi állás havi előleges részletekben fizetendő 1000 kor. törzsfizetéssel van javadalmazva s egyszersmint nyugdíjjogosultsággal is egybekötve.

2. Továbbá a község az orvosnak természetbeni szabad szállást és négy hosszúl tűzfűt szolgálalt.

3. Köteles a községi orvos fentebbi fizetés és javadalmazáért az összes községi lakosokat díjtalanul gyógykezelni, a halottkémlést teljesíteni és a hűségét ellenőrizni.

4. Az eddigi orvos a községbeni betegek gyógykezeléséért a községben levő négy szomszédságtól 200 korona tiszteletdíjat élvezett, mit a megválasztandó orvos is szorgalma által kiérdemelhet.

5. A megválasztandó községi orvos a szomszéd bethlenszentmiklósi körből hozzá beosztott 6 szomszéd község kezeléséért havi részletekben fizetendő 600 kor. tisztelet- és megállapított fuvar- és látogatási díjakat élvez mindaddig, míg ezen állás be fog töltetni.

6. Végül megjegyzem, hogy Zsidve községnek lélekszáma 1450 és a községben gyógyszerár van.



A választást 1907. évi január hó 5-én délelőtt 10 órára Zsidve község irodájába tűzöm ki.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, törvényszertőn felszerelt kérésüket 1907. évi január hó 4-éig bezárólag adják be.

Hosszúaszó, 1906. évi december hó 6-án.

2-2

Gyárfás Károly, főszolgabíró.

Békés vármegye közokmányozásának sebészeti, be gyógyászati és elmebeteg osztályain üresedésbe jött egy-egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás a sebészeti és belgyógyászati osztályon 1000—1000 kor., az elmebeteg-osztályon 1600 kor. középfizetés és mindkét állásnál I. oszt. élelmezés, lakás, fűtés, világítás.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fábry Sándor dr., Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához czímelve, hozzám f. évi december hó 28-áig nyújtsák be.

Gyula, 1906. évi december hó 12-én.

2-2

Békés vármegye közokmányozásának igazgatója.

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

# Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

**Húgyhajtó hatása!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!  
Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Bp. József.

## SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D<sup>r</sup>EGGER

Indicatioi: Anaemia, Nervasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.  
Kapható minden gyógyszerertárban.

**Pilul. ferri protoxalati c. quassin Korányi.**

Javalt: mindazon esetekben, midőn vas adagolása ajánlatos, vagyis vérszegénység, sápkór, reconvalescentia, női bajok, stb. Quassin-rtalmánál fogva a gyomorra nem bolygató káros, hanem étvágyjavító hatása van. Használat: Étkezés közben naponta 3—6 szem vevendő. Ára 2 korona.

Készí.ője: KORÁNYI LAJOS gyógyszerész, BUDAPEST, VIII., Népszínház-utca 22.

Orvos uraknak minták kívánatra rendelkezésre állanak.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

# LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

# Fersan

(Jolles)

Vas- és phosphortartalmú tápláló- és erősítő szer.

Körülbelül 90% vízben oldódó és felbontott fehérjeanyaggal  
Jelentékeny haemoglobint és vöröset  
Fokozza az étvágyat, növeli a testsúlyt és erősíti az idegeket.

Tisztelt Doktor úr! Kérném min. magyar

készítményt rendelni: Altalános idegbetegségeknek, altalános gyengeségi állapotoknak mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescentia szakában altalános anaemiák-nál és chlorosis eseteinél,

**POLYBROM.**  
SYR.FERR.  
CUM.ARSEN.SEC.RADITZ.  
et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 20 gm. vasat, 60 gm. K. Na. amon. brom. és 0.005 arsenit), mely nemcsak a vérszegénységet, hanem az amon. brom. és 0.005 arsenit, hanem az amon. brom. és 0.005 arsenit, hanem az amon. brom. és 0.005 arsenit,

Kellemes ízénél fogva felülmúl minden eddigi forgalomban levő más készítményt.

Készíti és kapható: Raditz Ignác

„Fehérkereszt” gyógyszerertára  
Budapest, IV., Fővám-ter 6. sz.,  
a központi vásárcsarnokkal szemben, valamint minden gyógytárban.

Amelyik rendszerű **hygienus központi légfűtés** egycsaládos házak, villák.

sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára.

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!

HOFFMANN MIKLÓS magánmérnök, BUDAPEST, VI., T. réz-körút 35. szám.  
Telefon 96—96. Telefon 96—96.

Név védve. **Extractum** Név védve  
**Chinae „Nanning”**

(A jelenkor legjobb stomachicum.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

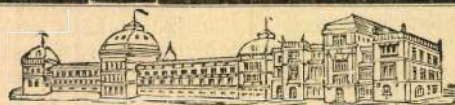
Javallatok:

1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoea eltűnt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbeteg étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrrhus.
4. Lázas és sebek kezelése.
5. Lábadózók számára.
6. Terhes nők hányásának.
7. Szeszies italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrrhus.
8. Hg- és jo-kali-dyspepsia.
9. Tuberkulózisnál.

Egyedüli gyáros:

**H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.**

Minták és irodalom ingyen.



**Téli fürdőkúra**  
a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleget kénforrások. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, vizgyógykezelés, masszázs. Lakás és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, borbajok gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küldt ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatóságára Buda-pest.

Vegyi, górcsővézési és bakteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUM

Telefon-szám 26—96. VI., Andrássy-út 50. (Oktogon-ter).

Foglalkozik vizelet-, köpet-, vér-, hányadék-, gyomorvedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum valamint bakteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Számos orvos urak kívánságának engedve, hogy készítményeink szegényebb betegek részére is rendelkezhetők legyenek, készítményeinket az eddigiek mellett egy

**új, egyszerűbb és olcsóbb csomagolásban**

is forgalomba hoztuk.

25 gm. pornak ára ily olcsóbb csomagolásban csak 1.— kor.  
50 drb. pastilla a 0.5 " " " " " " 1.50 kor.  
50 " " a 0.25 " " " " " " —.85 fill.

Minden gyógyszerertárban kapható.

Irodalom és minták az orvos uraknak ingyen rendelkezésükre állanak.

**Fersan-Werk:**

Wien, IX., Berggasse 17.

**JOD-FERSAN-pastillák**

Jod-Fersan-csokoládé gyermekpastillák

**FILO JÁNOS BUDAPEST.**



# HYGIAMA

HYGIAMA omnia alimenti perfecti continet elementa.  
 HYGIAMA haud facile caretur in morbis ventriculi et intestini.  
 HYGIAMA plurimis in phthisicorum sanatoriis praecipue adhiberi solet.  
 HYGIAMA prae ceteris alimentum est excellens infirmorum et invalidorum.  
 HYGIAMA est aptissimum alimentum liquidum, cuius ope aegrotos facillime lacte nutrimus.  
 HYGIAMA ab inope quoque modico pretio emitur.

Literaturum etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősege  
**Benedek János, Rákos Palota**  
 Generalvertretung der Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

## Alimentum Dr. Theinhardt pro infantibus solubile.

Alimentum Theinhardt est maxime idoneum pro infantibus.  
 Alimentum Theinhardt omnes materias ad nutriendos infantes necessarias continet optima ratione mixtas.  
 Alimentum Theinhardt amyllum non continet nisi solubile.  
 Alimento Theinhardt a primo mense infantes nutrire licet.  
 Alimentum Theinhardt tollit Atrophiam.  
 Alimento Theinhardt incrementum infantum prosperrime procedit.  
 Alimentum Theinhardt inopes quoque parvo pretio emunt.

Literaturum etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősege  
**Benedek János, Rákos Palota**  
 Generalvertretung der Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

Kaliforniai füge-szörp

# CALIFIG

(Név védjegyzve.)



## California Fig Syrup Company

ismert (Syrup of Figs) készítményeinek újonnan bevezetett és védjegyzett elnevezése.

Kellemes és hatásos rendkívül jóízű hashajtó felnőttek és gyermekek részére.

„CALIFIG“-et a legtapasztaltabb orvosok melegen ajánlják, miután mindenkor enyhe, ártalmatlan és biztosan ható hashajtószernak bizonyult. Tisztaságánál és kiváló tulajdonságánál fogva a „CALIFIG“ szívesen és gyakran rendeltetik.

Eladási árak:  $\frac{1}{2}$  üveg 3 K;  $\frac{1}{2}$  üveg 2 K.

California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.

Európai vezérképviselőség:

Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.

Főraktár Magyarország részére:

**TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerháza **BUDAPESTEN**,  
 VI., Király-utca 12.

## Fibrolysin.

Új Thiosinaminösszekötés használatra készen, 2-3 cm<sup>3</sup>-es ampullákban = 0.2 gm. Thiosinamin; fájdalommentesen intramuscularis befecskendezéshez.

## Perhydrol,

Hydrogensuperoxyd Merck.

Absolut vegytiszta. 30 súlyszázalék H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> tartalommal, kitűnő sebészi, urológiai, fülészeti és fogászati célokra; a sebbezelésben nélkülözhetetlen.

## Paranephrin.

Új, relatív ártalmatlan, nem izgató mellékvese-készítmény; különösen alkalmas injectio-anaesthesiára co-cainnal való kapcsolatban.

## Tropacocain.

Kitűnő helyi anaestheticum; egyéb anaestheticumok kellemetlen mellékhatásaitól ment. Igen ajánlható fogorvosi, szemészeti és általános sebészeti célokra. Kedvelt szer a medullaranaesthesia részére.



Vegyészeti gyár

Darmstadt.

Rp. **Bromipin 10%**. 100 gm.

Eredeti Merck-csomagolás.  
 S. 2-3-szor naponta egy teáskanállal és többel.  
 Javallat: neurasthenia, hysteria, idegesség.

Rp. **Dionin 0.3 gm.**

Aqua amygd. amar. 15 gm.  
 M. D. S. 3-szor naponta 10, este 20 cseppet.  
 Javallat: hörghurut, gégehurut, tüdővész.

Rp. **Jodipin 10%**. 100 gm.

Eredeti Merck-csomagolás.  
 S. 2-3-szor naponta és többször 1 teáskanálnyit forró tejben.  
 Javallat: görvélies jelenségek, hörgi köhögés, emphysema.

Rp. **Jodipin 25%**. 100 gm.

Eredeti Merck-csomagolás.  
 S. Naponta 10-20 cm<sup>3</sup>, 10 napon át vagy tovább a glutaealis tájba fecskendezendő.  
 Javallat: tertiär syphilis, arteriosclerosis, ischias, emphysema.

Rp. **Stypticin 0.05 gm.**

fiat. tableta, dentur. tales doses No. 20.  
 Eredeti Merck-csomagolás.  
 S. Naponta 3-5-8 tableta veendő.  
 Javallat: menstruális vérzések, klimakterikus vérzések, menorrhagiák.

Irodalom ezen készítményekről az orvos uraknak ingyen és bérmentve áll rendelkezésre.

## Veronal.

Új, igen kiváló hypnoticum, más altató szerek hátrányai és mellékhatása nélkül.  
 Adag felnőttnél 0.5 gm.

## Haemogallol.

Igen hatásos szerves vérvaskészítmény. Könnyen emészthető és felszívódó. Por- és tableta-alakban.

## Antithyreod-Möbius.

Kedvelt szer Basedow-kór ellen, mely gyorsan hozza létre a nyakvastagság, az ütér- és légzési szaporaság, az exophthalmus és a struma csökkenését és a közérzetet láthatólag megjavítja.

## Gelatina sterilisata

pro injectione Merck 10%/o.  
 10 és 40 gm.-ot tartalmazó beolvasztott csövecskékben. Különös aseptikus óvintézkedések mellett friss borjúlábakból készült és a leggondosabban sterilizálva. 1648



## Antisclerosin bei Arteriosclerose

**Irodalom:** Hofr. Dr. Goldschmidt, Bad Reichenhall (Dtsch. Prax., 1903). Generalstabsarzt Dr. v. Zgórski (Rep. d. Prakt. Med. 1904, Oktb.). Összefoglaló refer.: Wiener med. Presse 1904, Jan. Burwinkel, Nauheim. Előadás a balneológiai congressuson 1905 (Berliner klin. Wochenschrift 1905, Nr. 16). Fraenkel, Berlin (Wiener klin. Rundsch. 29/30, 1905). Hotys, Wien (Med.-chirurg. Zentralbl. Nr. 3, 1906) etc. etc.

Eredeti csomagolás (25 tabl.) K 2.— a gyógyszertárakban.

Irodalom díjmentesen, kísérleti anyag az orvos uraknak mérsékelt áron.

Fabrik pharmaz. Präparate WILHELM NATTERER, München 2.

## AZ OCULARIUMBAN, szak-intézet szemüvegek részére

Budapest, IV. ker., Kossuth Lajos-utca 15, félemelet,  
Telefon 86—28

biztonság nyújtatik patientsük részére a t. orvos uraknak, hogy minden szemüveg csakis szemorvosi vizsgálat alapján szolgáltatatik ki.

Pápaszemek és orrszipetők 3 koronától feljebb.

## Neuronal

(Bromdiätylacetamid)

Ártalmatlan altatószer, kitűnő hatású, 0.5—2.0 és 3.0 gm.-os adagokban. Mellékhatások, mint kábultság, mozgási zavarok és cumulatív hatás sohasem észleltettek. Analgetikum és sedativum ideges főtájsánál, epilepsziásoknál is, és hőszámi nyugtalansági állapotoknál 0.3—0.5 gm.-os adagokban. Gyengíti és kevesbiti az epilepsziás rohamokat.

NEURONAL-TABLETTÁK à 0.5 gm.

## Bismutose

teljesen méregtelen bismutfehérnye-vegyület. Biztos adstringens cholera, nostras, hányáskeelés, hasmenések, idült és heveny vékony- és vastagbélhurutok eseteiben, protektivum és antacidum ulcus ventriculi, hyperaciditas, dyspepsia, ideges gyomor- és bélzavarok és gümőkórosok gyomorbélbajainál

Bioferrin

Drexin

Jodol

Dormiol

Irodalmat ingyen és bérmentve küld

Kalle & Co. A.-G. vegyi gyár, Biebrich a/Rhein.



Szabadalmazott

## „ENERGIN“

csukamájolaj-csokoládé.

Kitűnő ízű, csokoládé-tablettákba formált

csukamájolaj-készítmény.

Minden egyes tablettá tartalmaz egy kávés kanál csukamájolajat, 0.20 calc. phosphore, 0.05 lecithint.

**Specificum:** angol kórna és görvélyes bántalmaknál. **Hizlaló és erősítő tápszer:** vérszegénység, ideggyengeség, tüdővész, stb.

Gyermekek csemege gyanánt kéri.

Kapható minden gyógyszertárban és drogeriában.

— Készítő: Szigeti és dr. Szilárd —

**Energin-vállalata, Pécs.**

## THYMOMEL SCILLAE.

(Név törv. védve.)

Orvosi rendelet szerint mézzel készített Extractum Thymi Serpilli et Scillae, mely **hőkhurutnál, gége- és hörghurutoknál, emphysemánál** stb. tesz jó szolgálatokat; olcsóbb mint a külföldi Pertussin és vele egyenértékű.

Számos gyakorló orvos és gyermekgyógyász-szakorvos által kipróbálva és ajánlva.

**Készíti: B. FRAGNER's Apotheke, Prag 203-III.**

Kapható minden gyógyszertárban.

## LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Tél és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosításul szívesen szolgál a kezeléség.

Prospektusok díjmentesen.

# Rodagen

Új specifikus gyógyszer

2 grammos tablettákban vagy por alakjában.

## Morbus Basedowii ellen

(V. ö. Burghart & Blumenthal. Festschrift für E. v. Leyden, 1902, pg. 251.)

Irodalom  
ingyen.

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft, Charlottenburg, Salzuffer 16.



## A Budapesti kir. Orvosegyesület 1906. évi deczember hó 10.-én tartott LXIX. évváró közgyűlésének jegyzőkönyve.

Elnök: Bókay Árpád.

Jegyző: Lévai József.

### 1. Elnök a következő megnyitót mondja:

Tisztelt közgyűlés!

Mai napon hetvenedik életévének küszöbét lépi át egyesületünk. Nagy idő, melyre joggal büszkéek lehetünk, mert mi vagyunk a Magyar Tudományos Akadémia után a legrégebb tudományművelő egyesülés hazánkban. Én legalább öregebbet nálunk nem tudtam felkutatni. S dacára ezen nagy kornak, az elöregedés jeleit nem látom sehol, semmi irányban. Nem rokkantak meg lábaink, melyek napról napra, ülésről ülésre fáradhatlanul visznek bennünket előre; nem gyengültek meg karjaink, melyek 69 éve győzik a munkát, s évről évre a több munkát; nem lettünk sem szűkkeblűekké, sem féltékenyekké — az öregség biztos jelei lennének ezek — sőt a legnagyobb önzetlenséggel támogatjuk mindazon törekvéseket, melyek a miénkéhez hasonló ezélt tüztek maguk elé; az öregeknek a haladást gátló conservativismusa sem ütött tanyát lelkünkben; ellenkezőleg, a legnagyobb tudományos liberalismus irányítja gondolkozásunkat; tiszteljük mocsoktalan múltunkat, de nem élösködünk csupán emlékeinken, hanem dolgozunk a jelennek s örömmel és bizalommal szövünk terveket, hogy a tiszteleltre méltó multnál még szebbé, még hasznosabbá tegyük a jövőt.

S mindennek a természet rendjével ellenkező esodának titka: hogy a legnagyobb örömmel veszi egyesületünk évenként szárnyai alá a legfiatalabb orvosgenerációt, mely viszont ambíciójának tekint, hogy hozzánk csatlakozzék. De nemcsak beveszszük e fészekbe a fiatal generációt, hanem tág tért is adunk neki a munkára s az érvényesülésre. A kezdő szárnypróbálgatásait szerető gonddal kísérjük s nincs nagyobb örömmünk, mintha kiválóbb tehetségek első sikereinek tanúi lehetünk és bennük egyesületünk egy-egy későbbi oszlopát sejtethetjük meg, a kikre majdan a jövődöt nyugodtan bízhatjuk. De nemcsak vérünknek ezen évenkénti regeneráló felfrissítése, hanem az is megvéd bennünket az elaggástól, hogy az orvostudomány ezen reszpublikájában követjük a köztársaságok azon helyes szokását, hogy a vezetőséget bizonyos cyclusokban felfrissítjük. Hadd jöjjenek más emberek a régiék helyére; ifjabbak, új erővel és ambícióval, új gondolatokkal és tervekkel és hozzanak ide újra meg újra frissen lüktető életet.

Ma is egy ilyen új cyclus határán állunk s a felfrissítés, a megiffítás feladata van Önök előtt. Mi vezetők beszámolunk és az Önök bírálata alá bocsátjuk tevékenységünket. Bár milyen legyen is ítéletük, megnyugvással vesszük azt, mert tudjuk, hogy azt egyesületünk iránti gondoskodás irányítja.

De midőn ma az évenkénti regenerálás munkája előtt állunk, engedjék meg t. tagtársaim, hogy azokat apostrofáljam, a kikről, mint a megújulás tényezőiről emlékeztem meg, értem az ifjabb generáció tagjait, a kikre egyesületünk jövődjét a természet törvényei szerint majd bízunk kell.

A mai kor az amerikanismus jegyében halad. A sebes munka, a gyors és tömeges termelés, a minden áron való

érvényesülés az uralkodó jelszavak, a melyek fájdalom, már az orvostudomány munkaterén is kezdenek felhangzani. Garadával hozatnak élő szóval és nyomtatásban a nyilvánosságra oly közlések, melyek sem nem tudományosak, sem nem hasznosak, sem nem értékesek vagy szükségesek, és csak arra valók, hogy a közlő nevét a felszínre dobják s ideig-óráig neki használjanak s nem a tudomány és tapasztalat haladásának, vagy a szenvedő betegek érdekeinek. Hány ilyen csillogó aranyfüsttel bevont avas vagy épen egészen üres dió akadt már az újabb időben kezünkbe! Veszedelem ezen irány mindenképen! A könnyelmű, bár tán ügyesnek látszó munka sokszor megtéveszt bennünket és oly útvesztőkbe vezet, a honnan nehéz, fáradságos és időtrabló a helyes irányba való visszatérés s a míg az megtörténik, kárt szenvednek azok, a kiknek élete reánk van bízva. Azután hány hasznos munkás szorul a háttérbe s marad észrevétlen a vásári munkájukat hangosan kínálgatók tolakodása és lármája miatt; hány lelkiismeretes munkás kedvetlenedik el ezért s hány kezdetben alapos munkást csábít hamis ösvényekre a rossz példa!

Óvakodjunk minden módon, minden eszközzel, minden törekvésünkkel a kor ezen beteges áramlatától, mely a tudományban nagyobb pusztításokat vihet véghez, mint a milyeneket a scolasticismus vagy a dogmatismus valaha okoztak. A védekezés fegyverei a kezünkben vannak. A szigorú kritika s az alapos munka megbecsülése ezek a fegyverek. Élünk velük! Ne ereszszük e falak közé a felületességet; ne legyen egyesületünk a vásári munka kirakodója, a hol csak a látzatot szolgálja a portéka, hanem olyan hely, a hol csak az igazságot keressük és szolgáljuk s a magunk számára mit sem igényelünk.

Ezen kívánsággal nyitom meg LXIX. évváró közgyűlésünket.

A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Havas Adolf, Polyák Lajos és Vajda Károly tagtársakat.

### 2. Lévai József titkár jelentése a lefolyt év működéséről.

Tisztelt Közgyűlés!

A német társadalom a heidelbergi rákkutató intézetre egy év alatt 680,000, a berlini, orvosok továbbképzését szolgáló Frigyes császárné-házra néhány hó alatt 1½ millió márkát gyűjtött össze. És Németország nincs legelől. Midőn ez év elején Czerny a Kussmaul-díjat átnyújtotta Biernek, így szolt: „Nekünk németeknek nem valami sok díjunk van, míg Anglia és Franciaország régi gazdaságukkal és magasra fejlődött kulturájukkal számos díjjal tudnak fejlesztőleg hatni a tudományos munkálkodásra.” Amerikában pedig az orvostudományi intézetek úgy el vannak látva a gazdag társadalom bőkezűségéből, hogy Carnegie-nek arra is jut pénze, hogy Párisban 12,500 frank évi járadékot hajtó alapítványt tegyen a Curie házaspár nevére.



Vajjon hogyan támogatják a mi orvostudományi intézményeinket? A magyar orvosok továbbképzését szolgáló szünidei orvosi cursus intézménye 1883-ban létesült, de csak három év óta támogatja az állam évente 1000 koronával. Orvosegyesületünk 69 év óta teljesít fontos kulturális missiót és sem az állam, sem a társadalom nem segítette soha. 1909-ben Budapesten fog ülésezni a nemzetközi orvosi congressus, így magunkra hagyatva nem minden aggodás nélkül vetődik fel a kérdés: orvostudományi életünk intézményei között a legrégibb, egyesületünk, a művelt nyugat nagy méretekhez szokott kritikáját meg fogja-e állani?

\*

A fát gyümölcséről itélni meg. Mikor egyesületünk tudományos működésének ezidei termését rendezgettem, kellemsen lepődtem meg és a tisztelt közgyűlés is bizonyára örömmel fogja az eredményt tudomásul venni.

24 rendes tudományos ülésen 28 tagtárs 29 előadást tartott. Már tavaly elérte az előadások száma az addig legnagyobb számot 28-at és ehhez képest az ideai eredmény csekély emelkedést jelent, de jelentékeny a két év előttihez képest, a mikor ugyancsak 24 ülésen csak 18 előadás került napirendre. Emelkedett a termelés a betegbemutatóknál is. 1904-ben 39 tagtársunk 58, 1905-ben 38 tagtársunk 56 és a lefolyt évben 42 tagtárs 65 betegbemutatót tartott. Legbiztosabb jele annak, hogy tudományos üléseinken felpozícióba az élet azon tény, hogy 1904-ben 64 tagtárs 89 felszólalással, 1905-ben 50 tagtárs 105 felszólalással és az idén 99 tagtárs 168-szor vett részt a vitában. Az anyag, mint múlt évben, most is igen változatos volt (elméleti orvostudomány 6, általános kórtan és bakteriologia 3, élettan, gyógyszer-tan 1—1, belgyógyászat 6, sebészet 5, szülészet és nőgyógyászat, szemészet, gyermekgyógyászat 2—2 és bőrgyógyászat 1 előadással volt képviselve.)

Az ideai tudományos működésnek kvalitása is nagyon jó volt. *Korányi Frigyes* mesterünknek egy, „A gerincoszlop kopogtatási hangjának diagnosztikai értékéről” című előadása (VII. ülés) is díszíti a sorozatot. Üléseink hallgatóságának művelt izlésére vall, hogy elméleti téren mozgó előadásokat, mint *Török Lajos* „Az angineurosis elméletéről” (II. ülés), *Verebély Tibor* „A zsírszövet szerepéről a sebgyógyulásban” (IV. ülés) és *Vámosy Zoltán* „A toxicológiai chemia néhány fontosabb fejezetéről” (VI. ülés) nagy számmal és figyelemmel hallgatott végig. A bemutatások között több rövidsége mellett tartalma értékeségénél fogva tetszést keltett a hallgatóságnál, így különösen *Korányi Sándor* bemutatása: „Az adrenalin által okozott ér-elmészesedés megelőzésének demonstrálása joddal” (V. ülés). Vita alkalmával is rögtön érvényesül az, a mi értékes, így egyebek között *Rihmer Béla* „A vesetuberculosisról” című előadása kapcsán *Krompecher Ödön* felszólalása, a melyben 75 idevonatkozó állatkísérlet eredményeiről számolt be (XV. ülés.) Mindezekre csak találok rá a feldolgozott tudományos anyag rendezgetése közben mutatok rá. Volt ezeken kívül is még sok jó előadás, bemutatás és tartalmas felszólalás, volt ilyen a fiatalabb tagtársaké között is, pl. — ismét csak mutatoul szemelem ki — *Schüller Károly* szerényen előadott, de nagy szorgalomra valló előadása: „A bakterium pneumoniae Friedländer által okozott septikus bántalmakról” (III. ülés). Ugy látszik múlt évi jelentésemben kifejezett óhajomásnak fogantja volt általános gyakorlattal foglalkozó tagtársaink is a lefolyt évben többször és sikeresen résztvettek tudományos üléseink munkájában.

*Alexander Béla* levelező tagunk kétszer is tartott előadást (IX. és XXII. ülés) „A plastikus x-sugaras képekről” és igen élénk vitára adott alkalmat. Mindnyájan megegyezünk abban, hogy Alexander eddigi tudományos működése és a Röntgenezés terén elért sikerei csak elismerést érdemelnek, az is bizonyos, hogy oly éles és szép eredeti Röntgen-felvételeket, mint a minőket Alexander egyesületünkben bemutatott, senki közülünk az előtt sohasem látott: ebből az következik, hogy inkább bizalommal, semmint bizalmatlansággal kell tekintenünk bemutatott és még nem kész módszerét és türelemmel

megvárunk, míg — elfogulatlan helyről úgy értesültem — nemsokára tisztázódik a vitás kérdés.

A lefolyt év tudományos működésére jellegzetes, hogy a munkakedv és az érdeklődés mindvégig nem csökkent. Május 19-én még öt tartalmas bemutatás és egy előadás szép számú hallgatóság előtt ment végbe és május 26-án *Jendrassik Ernő* „A szellemi műveletek mechanizmusa és lokalizálása” című előadása még nagy hallgatóságot vonzott, a melynek érdeklődését úgy az előadás, mint a hozzá kapcsolódott tartalmas vita teljes mértékben mindvégig lebilincselte.

A referáló előadásoknak hiányát a bejelentett sok előadás mellett ugyan nem éreztük meg, de azért nem hagyhatjuk szó nélkül, hogy alapszabályaink intentioi ellen vétének szabályaink, ha referáló előadást nem tartanak az egyesületben. A lefolyt évben az elme- és idegkórtani szakosztály megbízásából *Salgó Jakab* tartott referáló előadást „Az alkoholismus gyógytanának jelen állásáról” a VIII. ülésen. Ebből, *Donáth Gyula* rokon tárgyú előadásából és a két előadáshoz fűződő vitából az egyesület tagjai teljes tájékozódást nyertek az alkoholelleses actualis mozgalmak mai állásáról.

Az anyaegetesületben lefolyt élénk tevékenység mellett a szakosztályok is fokozott élénkséggel működtek. Ugyanis 1904-ben 23 előadást és 109 bemutatást, 1905-ben 23 előadást és 96 bemutatást és 1906-ban 35 előadást és 145 bemutatást tartottak. Különösen a sebészeti szakosztályban volt mozgalmas a lefolyt év, 11 ülésben 12 előadást és 48 bemutatást tárgyaltak le benne. Az 1905-ben alakult orr- és gégegyógyászati szakosztály működése is dicséretesen fokozódott az idén.

Az egyesület keretén belül lefolyó tartalmas tudományos élet visszatükröződött a heti meghívókon is, a melyeken eddigél nem tapasztalt gazdag program foglalt rendszerint helyet. Így például a márczius hó első hetében a VIII. rendes ülésre szóló meghívón két szakosztály is hirdetett ülést, úgy hogy összesen 5 előadás és 12 bemutatás volt hirdetve, márczius utolsó hetében a XI. rendes tudományos ülésen és 5 szakosztályban 5 előadás és 14 bemutatás volt a napirendre kitűzve.

Mindezzel nem volt kimerítve az egyesület termelőképessége. Az orvosegyesület aegise alatt az orvosegyesület elnökének kezdeményezésére rendezett országos rákértekezleten három nap alatt 13 előadást tartottak. Az orvosegyesület elnökének azon terve, hogy az ország orvosai a rákbetegség tanának minden részletéről hű és hatásos képet nyerjenek és az értekezlet egyszersmind előkészület legyen az 1909-ben Budapesten tartandó nemzetközi orvoscongressusra, a melynek egyik fő-tárgyát a rákbetegség fogja képezni, fényesen sikerült. Az igazgató tanács az országos rákértekezletről szóló jelentést az évkönyvben ki fogja nyomtatni, az érdeklődők ott majd részletesen tanulmányozhatják, részéről jelenleg csak azt bátorodom hangsúlyozni, hogy az egyesület köszönettel tartozik *Dollinger Gyula*-nak, a rákbizottság elnökének, mert csakis az ő tudományos munkában megedzett energiájával volt lehetséges rövid idő alatt sokat és tartalmasat a kellő formába önteni.

\*

A lefolyt évben a tudományos munkálkodás csak akkor szünetelt, ha egy-egy kartársunk ravatalához szólított a kegyelet. Elvesztettük *Baranyai Vilmos*, *Barna Adolf*, *Kende Mór*, *Szedenic Zoltán* derék kartársainkat, meghalt fürdő-orvosi működése révén tagtársaink között jól ismert *Hertzka Imre* tagtársunk. Elhunyt 74 éves korában *Scheiber Sámuel* tagtársunk, a ki igénytelen külső mögött rejlő becsületességgel, világos elmével, méhszorgalommal és szívós kitartással sokat és értékeset termelt az orvostudomány több terén és szorgalmas munkása volt egyesületünknek, de sem az életben nem tudott érdemei szerint érvényesülni, sem egyesületünkben nem tudott munkássága értékének megfelelő hatást elérni. Halála alkalmával egyesületünk a XVI. rendes tudományos ülésen jegyzőkönyvben fejezte ki iránta tiszteletét. Szinte megnyugtató látni, hogy ilyen küzdelmessége dacára eredménytelen élet mégis



csak kivételes. Ime *Kőrösy József* levelező tagunk, a kit szintén ez év folyamán temettünk el, tudományos működésével ország-világszerte elismerésre talált. Elhunyt 74 éves korában *Bolyó Károly* is a magyar elmeorvosok nestora, a ki 1861—1904-ig, nyugalomba vonulásáig érdemes tagja volt egyesületünknek. 1906. szeptember 19.-én búcsúztunk el *Högyes Endré* től. Nagy a vesztesége az orvostudománynak, a hazai orvostudománynak különösen, nagy a vesztesége egyesületünknek is, a melynek működésében állandóan tevékeny részt vett.

A magyarról régen tudják, hogy jó katona, jó arató és földmunkás, jó kézi munkás, mióta Amerikába vándorol, tudják, hogy a gyári iparban is megállja helyét, de azt hiszik, itthon is tartja magát a hit, hogy tudósnak nem való. Högyes Endrében megvolt a magyar typus minden jele: kevés szavú, de tetterős, nem közlékeny, de élesen megfigyelő, elnyomatást nem tűrő, de mások iránt türelmes, egyenes lelkületű, nyíltelméjű ember volt, a kit a gondviselés is arra szánt, hogy megmutassa, tősgyökeres magyar emberből is válhat igazi európai hírű tudós, a ki e mellett éles eszével a tudománo-

szerű folyó ügyet és azonfelül megkezdett és végrehajtott több oly munkát, a mely alkalmas arra, hogy az egyesület épületének új támaszává váljék.

Mindjárt az első igazgatósági ülés határozattá emelte az elnöknek ama javaslatát, hogy a Budapesten állomásozó ténylegesen szolgáló közös hadseregbeli és honvédkatonaorvosokat az egyesület tudományos üléseire vendégül állandóan meghívja. A IV. hadtest egészségügyi főnöke és a m. kir. budapesti honvédállomás főnöke meglehangú átiratban köszönte meg a meghívást és katonaorvos kartársaink a XVIII. tudományos ülésen testületileg megjelentek és azóta is szép számmal látogatják üléseinket. Szívesen láttuk őket és szívesen látjuk ezentúl is vendégül. Az igazgató tanács a katonaorvosok számára az egyesületbe rendes taggá való belépést egyszerűsíteni és megkönnyíteni szándékozik és ezen célból a mai közgyűlés elé javaslatot fog terjeszteni.

Mult évi titkári jelentésemben felvetett és megindokolt ama eszmémet, hogy egyesületünk tudományos üléseinek tárgyalásairól a külföldet és pedig egyelőre a német szakajtót értesítse, az igazgató tanács rokonszenvesen felkarolta

	A tagok száma							Az előadások száma							A bemutatások száma						
	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906
Gynaekologikus . . . . .	46	50	54	63	67	65	66	5	4	2	2	3	0	1	40	19	8	29	24	41	31
Elme- és idegkórtani . . .	42	45	45	46	46	48	48	5	5	5	4	4	6	7	6	8	6	14	18	18	7
Stomatologiai . . .	44	41	43	45	45	40	39	5	4	5	4	4	4	5	9	4	8	7	9	5	7
Otologiai . . .	22	22	23	23	24	23	22	3	3	2	4	3	1	4	14	6	10	5	10	4	5
Dermatologiai és urológiai	51	60	60	60	49	48	38	3	8	6	1	4	3	4	28	32	11	14	28	11	18
Sebészeti . . .	—	—	47	47	47	63	72	—	—	4	12	5	7	13	—	—	19	22	20	7	46
Orr- és gégyógyászati	—	—	—	—	—	29	25	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	10	29
	205	218	272	284	278	316	310	21	24	24	27	23	23	36	97	69	62	91	109	96	143

san kidolgozott kérdéseket a gyakorlatra nézve is hasznossá tudja tenni. Kiváló sikerekben gazdag, fényes pályafutás után elborult elmével dőlt ki. Oliver Wendell Holmes mondja, hogy az egyszerű óra, mely csak az órát és perczeket mutatja, egyhamar nem romlik el, de az a melyik a hónapokat, napokat mutatja, repetál stb., könnyen megy tönkre. Magam úgy tartom, hogy azon embernél, a kinek családja van, a szíve olykor átveszi agyától a munka egy részét, de olyannál, a kinek agya komplikáltabb szerkezetű és a ki ezen szerkezetet pihentetés nélkül működteti, kell, hogy a szerkezet a rendes időnél hamarabb menjen tönkre. A magyar orvosi tudomány, a melynek szolgálatában dolgozott szakadatlan Högyes nem mindennapi tehetsége, hálával és tisztelettel őrzi meg emlékét.

\* \* \*

Tisztelt közgyűlés!

Az igazgató tanács mint az egyesületnek alapszabályok szerint kormányzó és végrehajtó közege az elnökkel az élén a lefolyt évben is lelkiismeretes pontossággal végezte a nem kis

és a kellő módozatok megállapításával a két könyvtárost és a titkárt bizta meg. A bizottság mint legegyszerűbb, legkevésbé költséges és legbiztosabban célhoz vezető utat, azt ajánlotta és az igazgató tanács ezen ajánlatot egyhangúlag elfogadta, hogy tudományos üléseink jegyzőkönyveit a Pester medicinisch-chirurgische Presse minden alkalommal külön melléklet alakjában németül publikálja. Ezen külön mellékletből az év leteltével német évkönyv készül, a melyet az egyesület külföldi tudományos orvosegyesületeknek és könyvtáraknak megküld. Ezen határozat czélszerűségét újból indokolni feleslegesnek vélem, de megemlítem, hogy az erkölcsi haszon kívül azon előny is várható, hogy a külföldi szakegyesületek a mi könyvtárunknak megküldik a cserepéldányt. Gondunk lesz rá, hogy a sok tekintetben tájékozatlan külföldre jutó német jegyzőkönyveken és német évkönyvön világosan kitüntetve legyen, hogy fordítás a magyar eredetiből. Magától értetődik, hogy a külföldre szánt ülésjegyzőkönyveknek semmi feleslegeset tartalmaznia nem szabad. A mindenkori titkárra fog azon felelősségteljes újabb munka várni, hogy a túlhosszú kivonatokat kellő tapintattal ugyan, de megrovidítse. Az igazgató tanács a külfölddel való tudományos érintkezést tovább fejlesztendőnek tartja és a



jegyzőkönyveknek angol és francia nyelven való közlésének előmunkálatával Dollinger Gyula elnöke mellett Győry Tibor, Korányi Sándor, Lévai József és Temesváry Rezső tagokból alakított bizottságot delegált.

Elhalalozás és kilepés folytán 14 tagot veszítettünk, ellenben jelentkezett felvétel végett 48 új tag (négy elkésve jelentkezett). Tagjaink száma ma-holnap eléri az 100 -et. Az elmúlt évben tapasztaltuk akárhányszor, hogy üléseink alatt a tagoknak nagy része a tereméből kint szorul, könyvtárunkban a viszonyok a helyszűke miatt már tarthatatlanok. Itt az ideje, hogy egyesületünknek czelszerűbb otthona legyen. Az igazgató tanács megtette az előzetes lépéseket, az egyesület házáat szakértőkkel megbecsültette (142,000 koronára becsülték), a következő igazgató tanács feladata leendő, hogy ezen ügyet tovább fejlessze. Kíváncsú, hogy mire a nemzetközi orvoscongressus itt lesz, egyesületünknek méltó hajléka legyen.

\*

Portugália, a melyről előbb leginkább csak azt tudták, hogy lakosságának fele analfabéta, a lissaboni nemzetközi congressus óta a művelt világ előtt egyszerre és nagyot emelkedett tekintélyben. Hazánk jó hírneve is nagyon sokat várhat az itt megtartandó nemzetközi orvoscongressustól. A siker alapfeltétele, hogy sokan jöjjenek, eljőjenek különösen azok a külföldiek, a kik a lissaboni congressuson baráti jóindulattal buzgókodtak azon, hogy többrendbeli előkelő ajánlat közül Budapestre essék a választás. A múltban mindig azt tapasztaltuk, hogy a külföldi levelező tagok hálásak megválasztásukért, a múlt évben megválasztottak is kivétel nélkül nagyon melegen és hálásan köszönték meg a kitüntetést.<sup>1</sup> Az igazgató tanács a nemzetközi congressusra való tekintettel a szokottnál több levelező tagot ajánl megválasztásra. Mindegyik, a kit az igazgató tanács ajánlott, európai hírű tudós és e mellett a legtöbbnek szerepe lesz a congressuson. Még többeket is ajánlottak oly kartársak, a kikben az egyesület megbízhatik, de nagy számuknál fogva mindegyiket ez alkalommal az igazgató tanács nem ajánlhatta megválasztásra, hanem a kimaradottakat előjegyezte a jövő évi tagválasztásra.

\*

Az igazgató tanács a muzeumok és könyvtárak országos szövetsége 1906. május 24.-én tartott évi közgyűlésére Temesváry Rezső és Győry Tibor, az országos elmeorvosi congressusra Jendrassik Ernő, Korányi Sándor és Moravcsik Emil tagokat küldte ki képviselőkkül. Az elnök, alelnök és két titkár küldöttségként jelen volt szeptember 23. án Kézsmárszky tanár szobrának leleplezésén az I-ső számú nőgyógyászati klinikán. Ha a küldöttségnek a tapasztaltokról számot adni kellene, azt mondanók, jól eső érzéssel győződött meg arról, hogy a szeplőtlen becsületesség, emberiség és a tudományt önzetlenül művelő tudós mintaképe gyanánt tisztelt tanár itthagott hajlékában minden a régi helyén van. Ugyanezen küldöttség képviselte az egyesületet Semmelweis szobrának lélekemelő leleplezési ünnepélyén és koszorút helyezett el. Az igazgató tanács a maga részéről is eleget tett Semmelweis iránti kegyeletének. Győry Tibor indítványára megkereste a közmunkák tanácsát, hogy Budapest egyik forgalmas utcáját Semmelweis nevére nevezze el, a megkeresés eredményes volt. Azonfelül Győry Tibor tagtársat megbizta, hogy Semmelweis szobra leleplezési ünnepének előestéjén emlékbeszédet tartson az egyesületben. Az emlékünnepe Győry Tibornak fáradságos, hosszas tanulmányok árán remekbe készült beszéde és az összesereglett tagtársak nagy száma az alkalomhoz méltóvá tette. Győry Tibort köszönet illeti minden orvos részéről nemcsak ezért, de azért is, mert az ő érdeme, hogy ország-világ előtt immár bizonyos, a mit előbb némelyek kétségbevittek, hogy Semmelweis élete nemcsak hazánkban folyt le, hanem

itt is eredt. A legtöbb élet folyama — mondja Oliver Wendell Holmes — a magával hordott homok és törmelékben alig rejteget néhány arany szemcsét és ha ezeket egy-két kimosás kiszedi, azontúl hiába való a mosás, csak homok és lekopott kavics kerül a kézbe. Semmelweis élete folyása oly meglepő fényű és mesés értékű drágakövet hozott felszínre, hogy ennek csillogása alkalmas arra — a mint a szoborleleplezési ünnepély is bizonyítja — hogy a figyelmét hazánk felé terelje.

54 egyesületi tag kérelmére az igazgató tanács 1906. február 27.-i üléséből 30 tagú alkohol-bizottságot küldött ki, a mely azóta szorgalmasan működik. A háznagy, pénztáros és titkárból alkotott bizottsággal kidolgoztatott az üléstermek használatára szabályzatot, azt megerősítette és így elejét vette sok oly hátrányosságnak, a mely az üléstermeknek olykor indokolatlan igénybevételeből származott. A könyvtáros javaslatára a könyvtár használatára új szabályzatot alkotott, a mely hivatva van, a könyvtár használata körül sajnos, nem egyszer észlelt visszaéléseket megszüntetni.

Foglalkozott továbbá az igazgató tanács a dr. Szenger Ede-féle alapítványok szabályzatának elkészítésével, ennek kapcsán a szükségessé vált pályázatok kiírásával és elbírálásával, a Schuster-Bugát ösztöndíjakkal, az Ivánchich-alap kamatainak szétosztásával. Mindezekről külön jelentést fogunk a tisztelt közgyűlés elé terjeszteni.

Tudományos pályázataink eredményéről nagygyűlésünkön számoltunk be. A jelen évről beszámoló évkönyvbe bátor leszek új fejezetet illeszteni. Az egyesületben elhelyezett márványtábla megörökíti néhány tagtársnak az egyesület iránt tanúsított dicséretes áldozatkészségét, legyen évkönyveinkben is állandóan nyilvántartva azok névsora, a kiknek tudományos munkásságért az egyesület kitüntetett és a kiknek munkássága lényegesen előmozdította az egyesület felvirágozását.<sup>1</sup> A névsor és a kitüntetett munkák során visszatükröződik az egyesület tudományos működése. Feltűnő, hogy az utolsó időben majdnem kivétel nélkül fiatalabb tagtársak nyerték el a jutalmat. Ezen tény kétségenkívül odautal, hogy utóbbi időben az orvosi nemzedéknek szélesebb rétege dolgozik tudományosan és hoz létre érdemeset és mindenesetre bizonyítja azt, a minek tisztelt elnökünk is ezidei nagygyűlésünkön a pályanyertes tagtársakhoz intézett szavaiban kifejezést adott, hogy a becsületes munkásság az orvosegyesületben mindig számíthat az elismerésre és hogy ez az egyedüli méltó és egyben biztos eszköze az érvényesülésnek és emelkedésnek.

Egyesületünk ezidei tudományos működését betetőzte Réczey Imre tiszteletbeli tagunknak nagygyűlésünkön tartott első Balassa-előadása. Ezen előadás, melyet az igazgató tanács egyhangú határozatából megbízott előadó tartott meg, felette áll annak, hogy habár dicsérő szóval, értéke szerint mérlegeljem. Mindnyájunknak, a kik az új Balassa-szabályzat elkészítésénél úgy veltük, hogy Balassa emlékéért Balassa-előadással lehet legméltóbban megörökíteni az első Balassa-előadás nagy örömeinkre szolgált, mert nemcsak tudományos értéke és etikai tartalma, hanem formájánál fogva is szózat gyanánt hatott.

\* \* \*

Tisztelt közgyűlés!

És most megadom a választ, beszámoló évi jelentésem végére érve, arra a kérdésre, a mit elején felvettem. Ha orvosegyesületünk ezenül is minden külső támogatás nélkül csak saját erejére lesz utalva, meg tud-e majd felelni hivatásának?

A míg a magyar föld olyan sarjakat tud nevelni, a minő Högyes Endre is volt; a míg olyan munkások buzgalkódnak az egyesület érdekében, mint azok, a kik a folyó évben az első sorban működtek; a míg egyesületünk élén olyanok

<sup>1</sup> Ezen igen érdekes köszönőlevelek a régiebbekkel együtt orvostörténelmi muzeumunkban vannak elhelyezve és megtekintés végett tisztelt tagtársainknak rendelkezésére vannak.

<sup>1</sup> A névsor összeállításánál felhasználtam egyebek között azon adatokat, a melyek a Balassa-díj módosítására kiküldött első bizottság (melynek előadója Székely Ágoston volt) 1904. november 30.-án kelt részletes jelentésében foglaltaknak és Jurkiny Emil pénztárosunk részéről szíves készséggel rendelkezésemre bocsátott adatokat.



lesznek, mint jelenlegi elnökünk, ki azt tartja, hogy egy tekintélyes intézetnek vezetője lenni nemcsak „nobile” de „officium” és minden munkából a nagyobbik részt veszi ki: egyesületünk jövője biztosítva van.

Tisztelt tagtársaim! Mi is, a kiket a mindennapi kenyérért folyó mindinkább súlyosbodó harcban állam és társadalom teljesen magunkra hagyott, ha a harchoz erőt akarunk gyűjteni, álljunk be a tudományos munkába. A tudomány mind magasabbra tör, az idén Fischer Emil felfedezésével eljutott már a fehérjék synthesiséig, hova tovább mind nagyobb hatalommá válik és ennek részesévé lesz, a ki szolgálatába szegődik. Emmerson azt mondja: „A víz feloldja a sót, a levegő felbontja a vizet, a villamosság elemeire bontja a levegőt, de a tudomány elemeire bontja a tüzet, a nehézkedést, a törvényeket, a módszereket és a világban előforduló legnehezebb viszonyokat is.” Ama megtisztelő bizalmat, melylyel hazánk legelső orvostudományi műhelyében oda állítottak, a hol a műhely tüzeit kell szítani és a jóakarató támogatást, a melyet olykor terhes munkában mindig tapasztaltam, tisztelt tagtársaimnak együttesen, egyesületünk elnökének különösen, hálás szívvel megköszönöm.

A közgyűlés a jelentést tudomásul veszi és elnök elismerő szavai után titkárnak köszönetet mond.

*Temesváry Rezső* könyvtáros jelentése.

Tisztelt közgyűlés!

Könyvtárunk ez évben is a zajtalan serény munka jegyében állott. Ujabb mozzanatokként felemlitem, hogy a régi magyar, illetőleg latin és az idegen dissertatiokat külön tokokban csoportosítottuk, s orvostörténelmi muzeumunkban elhelyeztük, a mi által azok most könnyebben hozzáférhetők s kiegészítésük is inkább válik lehetővé. Munkában van az egyéb hungaricumoknak csoportosítása s külön szekrényben való elhelyezése is.

Ugy könyvtárunk, mint muzeumunk szempontjából is immár égetővé válik annak a szüksége, hogy egyesületi helyiségünket bővítsük. Reményem, hogy az igazgató tanács e kérdést a jövő évben behatóan fogja tanulmányozni s közmegegyezésre megoldani.

Számos oldalról jött kívánságnak eleget teendő az igazgató tanács a könyvtári szabályokat olyképen módosította, hogy ezentúl a hetilapok, a melyek többnyire rövid cikkeket, különösen pedig referátumokat tartalmaznak, csak rövid időre, 8 napra vihetők haza, úgy a mint ez a bécsi és a berlini orvosegyesületek könyvtáraiban is szabály. Ez által azon visszáságnak véljük elejét venni, hogy egyes tagok tagtársaiknak irodalmi munkálkodását hónapokra is megakaszthatják.

Örvendetesnek kell mondanom azt az újítást, hogy év-könyveink ezentúl német nyelven is meg fognak jelenni; iparkodni fogunk ugyanis, hogy ezen kiadás különlenyomatai révén minél több külföldi orvostudományi társulattal lépünk csereviszonyba, a mi eddig megfelelő cseretárgy hiányában lehetetlen volt.

Török Lajos tagtársunk a Pester med.-chir. Presse nevében ez évben is 23 folyóiratot ajándékozott egyesületünknek, úgyszintén *Elischer Gyula* tagtárs kettőt, *Turnovszky Jenő* tagtárs három folyóiratot. Fogadják érte leghálásabb köszönetünket.

Igazgató tanácsunk a következő új lapok megrendelését határozta el:

Revue de médecine.

Zeitschrift f. Säuglingsfürsorge.

Zeitschrift f. soziale Medizin.

Egyéb új lapok és időszak munkák:

Arbeiten a. d. kgl. Institut f. experimentelle Therapie in Frankfurt a/M.

Grenzfragen der Literatur u. Medizin.

Internationales Centralblatt f. die gesammte Tuberkulose. Literatur (ingyenes melléklet).

Verhandlungen d. Deutschen Röntgen-Gesellschaft.

Mittheilungen a. d. Laboratorium f. Radiologie im allg. Krankenkaue in Wien.

Magyar Fogorvosok Lapja (ajándék).

Beszünteti a „Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte” cz. lapot, a melyet ezentúl ajándékba kapunk; nem járnak nekünk a következő lapok:

Archivio italiano di medicina interna (ajándék).

Beiträge zur psychiatrischen Klinik v. Sommer (megszűnt).

Bulletin de l'Association des médecins-experts (ajándék).

The Chironian (ajándék).

The Journal of Tuberculosis (ajándék).

Schweizerische Monatsschrift (ajándék).

Wiener naturärztliche Monatsschrift (ajándék).

Változások beállottak még a következő folyóiratoknál:

Medizinische Literatur új neve: Archiv für med. Literatur.

Monatsschrift (majd Archiv) f. sociale Medizin új neve: Sociale Medizin u. Hygiene.

Zeitschrift f. Psychologie u. Physiologie d. Sinnesorgane két részben jelenik meg, mint Zeitschrift f. Psychologie és Zeitschrift f. Sinnesorgane.

Veterinarius új neve: Állatorvosi Lapok.

Zeitschrift f. Tuberkulose u. Heilstättenwesen új neve: Zeitschrift f. Tuberkulose.

Zentralblatt f. Stoffwechsel u. Verdauungskrankheiten új neve: Zentralblatt f. die gesammte Physiologie u. Pathologie d. Stoffwechsels.

A gynaekologiai szakosztály az eddigieken kívül ezentúl még a következő évi jelentéseket kapja:

Sitzungsberichte d. Gesellschaft f. Geburtshilfe u. Gynäkologie in Köln a. Rh.

Sitzungsberichte d. Münchener Gynäkologischen Gesellschaft. Verhandlungen d. Gynäkologischen Gesellschaft in Breslau.

„ d. Mittelrheinischen Gesellschaft f. Geburtshilfe u. Gynäkologie.

Verhandlungen d. Niederrheinischen Gesellschaft f. Geburtshilfe u. Gynäkologie.

Verhandlungen d. Oberrheinischen Gesellschaft f. Geburtshilfe u. Gynäkologie.

Verhandlungen d. Ost- u. Westpreussischen Gesellschaft f. Gynäkologie.

Verhandlungen d. Pommerschen Gynäkologischen Gesellschaft.

Az ideg- és elmekórtani szakosztály ezentúl a következő új lapokat járhatja:

Klinik f. psychische u. nervöse Krankheiten (Sommer), Le Nevraze; s beszünteti a „The Mind” című lapot.

Ezen változások után az egyesületünknek járó lapok és évi gyűjtő munkák száma 247, a gynaekologiai szakosztályának 40, az ideg- és elmekórtani szakosztályának 5 lesz, úgy hogy egyesületünk tagjai 1907-ben összesen 292 folyóirat és évi gyűjtő munkáról fognak rendelkezhetni.

A lefolyt évben a következő munkákat egészítettük ki:

Archiv f. med. Erfahrung 1819—1821 (teljes).

Bibliographia Medica (Index Medicus) III. 1902. (teljes).

Congrès international contre l'Alcoolisme I. Paris 1878. II. Bruxelles 1880.

Congrès international d'Ophthalmologie. VI. Milano. 1880.

Internationaler Dermatologischer Congress. II. Wien. 1892.

Jahresbericht f. Psychiatrie. III., XIV.

Könyvtárunk ez évben összesen 413 munkával gyarapodott 818 kötetben és füzetben s ezzel állománya 9007 munkára emelkedett 18,995 kötetben és füzetben. Könyvtári kiadásaink ez évben 9159 koronát tettek ki.

Könyvtárunkból a lefolyt évben 233 tag 1142 könyvet kölcsönzött ki házi használatra; még több könyvet forgattak kartársaink olvasótermünkben.



Adományaikkal gyarapították a könyvtárt:

### 1. Folyóiratokkal.

- Antal János, Magyar Fogorvosok Lapja.  
 David M. (Berlin), Monatsschrift f. orthopädische Chirurgie.  
 Dirner Gusztáv, Bába-Kalauz.  
 Elischer Gyula, Die Heilkunde.  
 " " Bulletin de la Société de Thérapeutique.  
 Erdélyi Kárpát-Egyesület, Erdély.  
 Grósz Samu, A gyógyyszerész.  
 Hutya Ferencz és Rácz István, Állatorvosi Lapok és Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből.  
 Kovács Aladár, Mentők Lapja.  
 Madzsar József és Salamon Henrik, Stomatologiai Közlöny.  
 Nagy Albert, Jó Egészség.  
 Országos Orvos-Szövetség hasonezimű folyóirata  
 Rácz István, Állategészség.  
 Schnirer M. T. (Wien), Klinisch-therapeutische Wochenschr.  
 " " Archiv für med. Literatur.  
 Surgeon General's Office (Washington), Index Catalogue.  
 Szünidei Orvosi Kursus, Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung.  
 Tim József, Közegészségügyi Kalauz.  
 Török Lajos (a Pester med.-chir. Presse nevében):  
 Annales de médecine et chirurgie infantiles.  
 " " Archives de médecine et chirurgie spéciales.  
 " " Ärztliche Vereinszeitung.  
 " " Blätter für klinische Hydrotherapie.  
 " " The British Temperance Advocate.  
 " " Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte.  
 " " L'Écho médical du Nord.  
 " " La France médicale.  
 " " Journal de médecine et de chirurgie.  
 " " Lyon médical.  
 " " The Medical Age.  
 " " The Medical Review.  
 " " Med.-chirurg. Centralblatt.  
 " " Oesterreichische Ärzte-Zeitung.  
 " " Oesterreichische Krankenpflege-Zeitung.  
 " " Die Ophthalmologische Klinik.  
 " " The Post-Graduate.  
 " " La Quinzaine Thérapeutique.  
 " " Reichs-Medicinal-Anzeiger.  
 " " Revue v. Neurologii, Psychiatrii etc. (cseh nyelvű lap).  
 " " Studii Sassaesi.  
 " " Therapeutisches Centralblatt.  
 " " Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene d. Auges.  
 Turnovszky Jenő, Correspondenzblatt für Zahnärzte.  
 " " Dental Cosmos.  
 " " Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde.  
 Walkó Rezső, Orvosok Lapja.  
 Weiss Julius, (Wien), Österreichisch-Ungarische Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde.

### 2. Könyvekkel.

Áldor Lajos (4); Balneologiai Egyesület; Baranyai Vilmos hagyatékából; Békésmegyei kórház; Berkes László; Bókay János; David Max (Berlin); Detre László; Dirner Gusztáv; Dollinger Gyula; Donogány Zakariás és Lipscher Sándor; Elischer Gyula (19); Fellner (Franzensbad); Fővárosi Könyvtár; Thirring G. (54); Fraenkel B. (Berlin) (31); Gerlóczy Zsigmond; Győry Tibor (2); Kassai Jenő (6); Kolozsvári Egyetem; † Körösy József (4); Leopold G. (Drezda); Liszt Nándor (2); Pándy Kálmán (2); Pirovits Aladár; Plesch János (2); Pollatschek A. (Karlsbad); Pozsonyi Toldi-kör; Pozzi-émlék bizottsága (Páris); Ruffy Pál; Saamon Henrik; Schultze B. S. (Jena); Semayer V. (Ethnographiai Múzeum (3); Siklóssy Gyula (13); Statistikai hivatal Thirring G., Stein Fülöp; Sugár K. Márton (22); Szalay Imre (Magyar Nemzeti Múzeum); Temesváry Rezső (11); Tóth István (Taufner tanár tanítványai nevében); Vajda Károly (12); Váli Ernő (4), Zwillingner Hugó.

### 3. Évi jelentésekkel:

Kórházak: Békés-Gyula; Budapesti Pasteur-intézet; Irgalmasrendi kórház; Poliklinika; Kolozsvár; Krompach; Marosvásárhely; Miskolc; Nagykároly; Nagyszalonta; Pozsony; Rimamurány; Salgótarján; S.-A.-Ujhely; Szolnok.

Intézetek és egyesületek: Orvosi Könyvkiadó Társulat (13); Fehér Kereszt (2); Dermatologiai szakosztály; Jenner-Pasteur-intézet; Szünidei Orvosi Kursus (2); Múzeumok és könyvtárak Orsz. Tanácsa; Állatorvosi Főiskola (2); Szepesi Orvos-gyógy-szerészegylet.

### A könyvtár állása 1906-ban.

	Munka	Külön- lenyomat	Kórházi és egyesületi jelentések	Összes munkák száma	Kötet	Füzet	Külön- lenyomat	Kórházi és egyesületi jelentések	Összes darabszám
Az 1905. év végén volt a könyvtárban	7006	851	737	8594	13910	2679	851	737	18177
Ehhez jött 1906-ban	282	90	41	413	650	37	90	41	818
A könyvtár állása az 1906. év végén	7288	941	778	9007	14560	2716	941	778	18995

Budapest, 1906. évi december 9.-én.

Temesváry Rezső  
könyvtáros.

Schächter Miksa: Elismeri a könyvtáros érdemeit, a ki a könyvtárt rendbe hozta és az ügyes katalogizálás által a könyvtár használatát lehetővé tette. De szóvá kell tennie azt, hogy valóságos könyvmolyok pusztítanak az orvosegyesület könyvtárában. A „Gyógyászat” régibb évfolyamaiból egyes lapok, sőt egyes számok ki vannak tépve. A könyvtáros úr szerint más folyóiratokból is. Ha a tetteit nem bírjuk megcsipni, legalább a nyilvánosság előtt itéljük el cselekedetét. Ezt idegen vagy rongálása címén a törvény is bünteti. Óhajtom az orvosegyesület közgyűlése akkor, mikor a könyvtáros urnak köszönetet szavaz, örökítse meg azt is, hogy ezt a kalózkodást stigmatizálja.

Temesváry Rezső köszönetet mond Schächternek a felszólalásáért. Enyhítő körülmény, hogy más könyvtárban sincs másképp. Egyes lapokat elvisznek, a melyek nehezen pótolhatók. Évente 100 K t is kitesz, a mit így ki kell adni.

A bekötési táblákat is megrongálják és széljegyzetekkel firkálják tele. Ezért kimondottuk az új könyvtári szabályzatban, hogy a kölcsönvevő felelős a könyvért, ha megrongálva hozza vissza.

Elnök: Szomorú dolog, hogy így van, ezért kívánatos, hogy a panaszoknak legalább a jegyzőkönyvben legyen nyoma. (Helyeslés.)

### Jelentés az Orvostörténelmi Múzeumról 1906.

Múzeumunk a lefolyt esztendőben is néhány értékes tárggyal meggyarapodott, melyeket alább részletezve felsorolunk. Sajnos, a gyarapodás mértéke még mindig nem áll arányban azzal a nagy kultúrtörténelmi missióval, melyet múzeumunk teljesíteni hivatott s azzal a hírnevével, melyet mint az Európában legelsőnek felállított ilyenmű önálló intézmény a külföldön gyorsan kivívott magának. Hiszen csak a mi példánkat követi a bécsi cs. k. Orvostársulat, a midőn több, mint egy évvel utánunk elhatározta, hogy a maga keretein belül is felállít egy orvostörténelmi múzeumot. A nagy lipcei orvostörténelmi intézet, melynek rögtön öt termet állítottak rendelkezésére, szintén ifjabb, mint a mienk, bár gazdagságára máris össze sem hasonlítható a magunkéval. De azért mégis legyen szabad remélnünk, hogy a mi múzeumunk is minél előbb megtelik azokkal a kultúrtörténeli ereklyékkel, melyek ma még elszórva országszerte, magánkezekben vannak.



Főleg nagy orvosaink, egyetemi tanáraink közvetlen utódait kérjük e helyütt, adnák be a birtokukban levő emléktárgyakat az orvostörténelmi múzeumnak. Itt mindenkor, időtlen időkig, becsben tartva s a hazai kulturtörténet szolgálatában meg fognak őriztetni e tárgyak, elmélkedő buzditásra serkentve az epigonokat.

Tudjuk jól, hogy a közvetlen utódok sokszor nehezen válnak meg a kedves emlékektől. De gondolják meg, hogy a családi pietás 2, legkésőbb 3 generatio után megszűnik s azután lesz-e, a ki gonddal, szeretettel összeállítva beadja majd biztos őrizetre ama emlékeket, melyek arra vannak hivatva, hogy lelkesítőleg hassanak egy egész orvosi karra?

Múzeumunk jelen állapotáról a következőkben számolunk be:

Az év folyamán a magyar orvosoknak 1850-ig megjelent dissertatioit skatulyatokba ABC szerint rendeztük el.

A tavalyi adományokat ezidén a következők követték:

1. Albertus Magnus: De secretis mulierum. Ajándékozta: Iványi Ernő dr. (Budapest).

2. Rác István. Orvosi praxis. II. rész. Ajándékozta: Glass Izidor dr. (Budapest).

3. Régi orvosi diploma. Ajándékozta: Dr. Kern Gézáne (Budapest).

4. Orvosi műszertáska a XIX. század közepéről. Ajándékozta: Perényi Dezső dr. (Budapest).

5. Lissaboni Orvosi Congressus emlékérmé. Ajándékozta: Bókay Árpád dr. (Budapest).

6. Semmelweis arcképe. Ajándékozta: Irsai Artur dr. (Budapest).

7. Semmelweis-emlékérem. Ajándékozta: A Semmelweis-szoborbizottság (Budapest).

8. 5 láda sebész eszköz (XIX. sz. elejéről). Ajándékozta: Dadar Vilmos dr., kórházi igazgató-főorvos indítványára Szentiványi Miklós alispán (Seps-Szent-György).

Biztos kilátásba helyezte Verebely László dr. (Budapest) a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek emlékéremgyűjteményeit és Politzer Alfréd dr. (Budapest) egy orvostörténelmi képgyűjteményt.

Ez évben már anyagi áldozatok is hoztak az orvostörténelmi múzeumért. Egyesületünk igazgató tanácsának engedélyéből rendkívül értékes képgyűjteménnyel gazdagodik meg múzeumunk. A müncheni udvari könyvtár ugyanis a birtokában lévő régi, főleg középkori könyvek illusztrációit újabban sokszorosította. Ez év szeptember havában a helyszínen: Münchenben, e képek közül kijelöltem az orvostörténelmi vonatkozásúakat, 330 darabot, melyek jelenleg reproductio alatt állanak múzeumunk részére s a napokban a teljes gyűjtemény meg is fog érkezni. Ezen kívül vásároltunk néhány külföldi emlékérmét. Mégegyszer ajánljuk szíves jóindulatába a magyar orvosi karnak múzeumunk felvirágoztatását. Q. D. B. V.

Győry Tibor dr.  
másodkönyvtáros.

*Jurkiny Emil* előterjeszti pénztárosi jelentését.

T. Közgyűlés! Mint minden évben, úgy az idén is kiadásainkkal szorosan a bevételhez és az előirányzat rendelkezéséhez igyekeztünk alkalmazkodni. Nem csekély feladat az, ha megfontoljuk, hogy könyvtárunk szükségletei egyre nagyobbodnak, hogy a szakosztályok folyton nagyobb számban tartott ülései a fűtés és világítás tételeit fokozottabb mértékben vették igénybe, hogy több költséget okoztak a nyomtatványok, levelezések és rendkívüli kiadások, a minők az Orvosi Múzeum, a Semmelweis-ünnepély, a házjavítás stb. költségei, és hogy ezenkívül 2000 koronát fordítottunk kölcsöntörlesztésre. Némi csökkenés rendes kiadásainkban csak a házádonál, a kölcsönkamatoknál és a biztosítási tételnél fordult elő; az utóbbinál sikerült az egész házat és a könyvtárt az eddiginél előnyösebb feltételek mellett az I. magyar általános biztosító társaságnál biztosítani.

Függő kölcsönünk már csak 12,000 koronát tesz ki, s ezért elhatároztuk, hogy ezentűl oly években, a midőn rendes bevételeinkből nem telik rendkívüli kiadásokra is, csakis a

rendkívüli bevételeket fogjuk a kölcsön törlesztésére fordítani. Alapító tagjaink sorába Stern Samu és Lenhossék Mihály lépett. Nagyon kíváncsok, hogy az orvosegyesület minél számosabb alapító taggal bírjon, mert el kell ismerünk, hogy alapítóink jelenlegi száma — 34 — aránytalanul csekély a közel 800 taglétszámhoz képest.

Az egyesület vagyonát a 142,000 koronára becsült házon és az értékes könyvtáron kívül 8600 korona alaptőke képezi.

Egyesületünk pénztári kezelése alatt nyolcz alapítvány áll. Ezek vagyoni állapotáról az alább következő kimutatás szól.

A „Schuster-Bugát“-ösztöndíjalap vagyona az idén 10,000 koronára emelkedett. Itt nem mulaszthatjuk el hálásan megemlíteni Koller Gyula dr. érdemét, a ki 420 koronát kitevő nemeslelkű adományával lehetővé tette, hogy az egyesület ezentűl évenként két ösztöndíjat oszthat ki.

A „Balassa-pályadíj“ alap új szabályzata értelmében, az idén elkészültek az ezüst és bronz Balassa-érmek, melyek előállítási költségeivel 3044 K 30 f-rel megterheltük az alapot. A művészi kivitt Beck O. Fülöp mester eszközölte, 1800 K-ért. Már a jelen évben visszafizettünk 393 K 50 f-t, úgy hogy 2650 K 80 f teher marad. Ennek fejében birtokunkban van 50 drb ezüstérem és 100 drb bronzérem, melynek numismatikai értéke 2250 korona. Részint az eladandó érmekből, részint az alap jövedelmének évenként megmaradandó 300 korona feleslegéből fogjuk az alapot ezen terhértől néhány év alatt teljesen felszabadítani.

A józsefvárosi orvos-társaság „Bókai János“-emlék alapítványához adomány fejében még 20 koronát csatolt és így lehetségessé vált, hogy az első pályadíj már ez évben kiosztásra került.

*A pénztáros jelentése a Szenger-alapítványok elhelyezéséről.*

A budapesti VI. ker. járásbíróóság 1906. márczius 28.-án kelt 1904—163/41. sz. végzése alapján egyesületünk elnöke, Bókay Árpád dr. folyó évi május hó 9.-én a nevezett járásbíróóságnál készpénzben 50,000 (ötvenezer) koronát, mint a Szenger Ede dr. által hagyományozott alapítványi összeget és 816 kor. 67 fill. időközi kamatokat vett át.

Ezen összeg hovaforrása iránt a következő módon intézkedtem:

1. Folyó évi május hó 9.-én 30,000 kor.-ért 30,600 kor. névértékű 4%-os magyar koronajáradékot vásároltam, mely összesen 29,971 kor. 65 fill.-be került. Az értékpapírokat „Dr. Szenger Ede-féle segélyező alap“ czimén az Egyesült Budapesti Fővárosi Takarékpénztár józsefvárosi osztályán (Kerepesi-út 11) letét gyanánt elhelyeztem, a megmaradt 28 kor. 35 fill.-t pedig nevezett alap bevételeihez csatoltam.

2. Ugyanakkor 20,000 kor.-ért 20,400 kor. névértékű 4%-os magyar koronajáradékot vettem, 19,981 kor. 12 fill.-ért. Az értékpapírokat „Dr. Szenger Ede-féle pályadíjalap“ czimén fentnevezett pénzintézetben letét gyanánt elhelyezve, a megmaradt 18 kor. 88 fill.-t az alap bevételeihez csatoltam.

A 816 kor. 67 fill.-t kitevő időközi kamatok hovaforrása iránt az egyesület igazgató tanácsának határozata értelmében következő intézkedés történt:

a) Az egyesület ügyészének fáradozása, valamint a felmerült tetemes bélyegköltségek megtérítése fejében az ügyész úrnak 552 kor. 72 fill. fizettetett ki.

b) A megmaradt 263 kor. 95. fill.-nyi összeg egyesületünk kezelése alatt álló „Ivánchich“-féle segélyező alap bevételeihez csatolva, folyó évi június havában, elszegényedett orvosok és orvosözvegyek közt osztott ki.

Budapestben, 1906. december hó 3.-án.

*Jurkiny Emil dr.*  
pénztáros.

Fenti számadás a bemutatott okmányokkal egybehangolva, rendben találtatott:

th. id. *Elischer Gyula dr.*  
pt. v. b. elnöke.

*Flesch Nándor dr.*  
pt. v. b. tag.

*Hirschler Ágost dr.*  
pt. v. b. tag.



Másodtitkár előterjeszti a könyvtárvizsgáló bizottság jelentését.

5. A Budapesti kir. orvosegyesület könyvtárvizsgáló bizottságának jelentése.

A könyvtárvizsgáló bizottság 1906. november hó 21.-én tartott ülésén jelen voltak: Török Lajos elnök, Székely Ágoston és Politzer Alfréd bizottsági tagok, továbbá Temesváry Rezső könyvtáros és Győry Tibor másodkönyvtáros.

1. A bizottság a könyvtárjegyzékeket és a cédulakatalogust megvizsgálja, a betűrendes könyvjegyzék alapján számos próbát tesz, több kötetet előhozat és mindent a legnagyobb rendben talál, mi annál nagyobb dicsérrel emelendő ki, mert a könyvtári helyiség immár rendkívül szűknek bizonyul.

2. A bizottság ennél fogva ajánlja, hogy Temesváry Rezső könyvtárosnak és Győry Tibor másodkönyvtárosnak a felmentvény megadásáért és kitűnő tevékenységükért az egyesület részéről köszönet és elismerés nyilvánítások.

Budapest, november hó 21.-én.

Török Lajos  
biz. elnök.

Székely Ágoston  
biz. tag.

Politzer Alfréd  
biz. tag mint jegyző.

A közgyűlés a könyvtárosi jelentést, valamint a könyvtárvizsgáló bizottság jelentését tudomásul veszi. A könyvtárosoknak buzgó és fáradhatatlan munkásságukért köszönetet mond és nekik a felmentvenyt megadja.

Blaskovits László másodtitkár felolvassa a pénztárvizsgáló bizottság jelentését.

6. A pénztárvizsgáló bizottság jelentése.

Tekintetes Igazgató Tanács és tisztelt Közgyűlés!

Alólirottak, mint a Budapesti kir. Orvosegyesülettől küldött pénztárvizsgálók az egyesület 1905. december hó 2.-ától 1906. december hó 1.-éig terjedő számadásait átvizsgálván, azokat a felmutatott okiratokkal igazoltaknak, az egyesületi és alapítványi számadásokat pedig rendben levőknek találtuk.

A bemutatott pénzkészlet áttekintésekor, valamint az egyesületi vagyonhoz, nemkülönben az alapítványokhoz tartozó értékpapirokról szóló letételek átvizsgálásakor meggyőződünk, hogy az egyesület vagyona, úgyszintén az egyesület gondozására bízott alapítványok, nevezetesen a „Schuster-Bugát“, a „Balassa“, az „Iváncsik“, az „Orvosi Hetilap“, a „Mészáros Károly“, a „Bókay János“, a „Szenger“ pályadíj és a „Szenger“ segélyalapítványok, biztos pénzügyi helyzetben helyezve, sértetlenül megvannak.

Mindezek alapján ajánljuk, hogy a pénztáros úrnak az említett időszakra nézve a szokásos felmentés megadásáért és buzgó fáradozásáért az egyesület neki köszönetet szavazzon.

Kelt Budapesten, 1906. december hó 1.-én.

id. Elischer Gyula  
biz. elnök.

Hirschler Ágoston  
biz. tag.

Flesch Nándor  
biz. tag.

A közgyűlés a pénztáros jelentését, a jövő évi költségvetést tudomásul veszi; hasonlóképpen a pénztárvizsgáló bizottság jelentését is. A pénztárosnak buzgó működéséért köszönetet szavaz.

Titkár felolvassa a Schuster-Bugát-féle alapítványról szóló jelentést.

7. Jelentés a Schuster-Bugát-féle alapítványról.

Tisztelt Közgyűlés!

A Budapesti kir. Orvosegyesület igazgató tanács 1906. június 16.-án tartott ülésében tudomásul vette a gyámibizottságnak jelentését, mely szerint a Schuster-Bugát-féle két, egyenként 200—200 koronás ösztöndíjak egyikét Binder Sándornak, néhai Binder Albert dr. körorvos árvájának, ezen idő szerint IV. elemi osztálybeli tanulónak Magyar-Szováton (Kolozsmegyében), másikat Kiss Dezsőnek néhai Kiss Ferencz dr. körorvos árvájának, ezen idő szerint IV. elemi osztálybeli tanulónak ítélte oda.

Az igazgató tanács 1906. december hó 3.-án tartott üléséből.

Lévai József  
titkár.

Bókay Árpád  
elnök.

A közgyűlés a jelentést tudomásul veszi.

### A Budapesti Kir. Orvosegyesület pénztári kimutatása 1906. évről.

Bevétel:			Kiadás:		
	Kor.	Fil.		Kor.	Fil.
1. Pénztármaradvány 1905-ről	80	91	1. Könyvekre	4094	74
2. 748 rendes tag évdíja, à 24 korona	17952	—	2. Folyóiratokra	4029	05
3. 27 új tag felvételi díja, à 25 korona	675	—	3. Könyvkötésre	1035	50
4. Helyiséghasználat a M. Orv. Könyvkiadó-Társulattól	400	—	4. Az évkönyv költségei	1685	70
5. Helyiséghasználat az Orsz. Balneologiai Egyesülettől	200	—	5. Nyomtatványokra, levelezésre és irodaszerekre	1887	51
6. Helyiséghasználat az Orvosok Szövetségétől	800	—	6. A gyorsíró fizetése	600	—
7. A Budapesti Orvosi Kör évi járuléka	10	—	7. A szolga fizetése	1200	—
8. Házbérjövdelem	2000	—	8. A pénzbeszedés költségei	519	84
9. Ülésterem-bérlet	122	—	9. Világításra	849	94
10. Az alaptőke és folyó számla bevételei	991	20	10. Fűtés és szobatisztításra	901	63
11. Stern Samu dr. alapítványa	500	—	11. Telefon és vízdíjra	484	64
12. Lenhossék Mihály dr. alapítványa	500	—	12. Háztartási szükségletekre	1158	09
			13. A 14,000 korona függő kölcsön kamatai	630	—
			14. Adóra és illetékre	868	20
			15. A ház és könyvtár biztosítására	96	62
			16. Kölcsöntörlesztésre	2000	—
			17. Az Iváncsik-alapnak	125	—
			18. Vegyes kiadásokra	1006	74
			19. Rendkívüli kiadásokra	734	50
			Összesen	23907	70
Összes bevétel	24231	11			
Összes kiadás	23907	70			
Pénztármaradék	323	41			

Kelt Budapesten, 1906. december 1.-én.

Flesch Nándor s. k.,  
pénzt.-vizsg. biz. tag.

th. id. Elischer Gyula s. k.,  
pénzt.-vizsg. biz. elnök.

Hirschler Ágoston s. k.,  
pénzt.-vizsg. biz. tag.

Jurkiny Emil s. k.,  
pénztáros.



## B) Kimutatás az egyesület pénztári kezelése alatt álló alapokról.

Az alap neve	Alapítási év	Vagyoni állás 1906. év végén koronákban	Gyárakodás volt az idén koronákban	Az alap tulajdonát képező értékpapírok értéke koronákban								Az alap						Kiosztásra került
				4 1/2 % m. földhitelezeti záloglevél	4 1/2 % m. földhitelezeti korona záloglevél	4 1/2 % m. földhitelezeti táj. záloglevél	4 1/2 % egy. budapesti fővárosi tkpénztári záloglevél	4 1/2 % egy. budapesti fővárosi takarékpénztári záloglevél	4 1/2 % orsz. közp. tkpénztári záloglevél	4 1/2 % m. korona-járadék	bevétele		kiadása		pénztári maradvány			
											kor.	fl.	kor.	fl.	kor.	fl.	kor.	
1. „Schuster-Bugát“ féle ösztöndíjalap	1842	10,000	600	—	8,000	400	—	1,200	400	—	845 94	791 05	51 89	400				
2. „Balassa“ pályadíjalap	1877	21,200	—	200	18,600	—	—	400	—	2,000	3,159 60	5,810 40	—	—	800			
3. „Ivánhich“ segély-alap	1878	33,500	—	10,200	8,200	1,400	—	800	—	13,700	3,459 75	2,881 99	577 76	1,715				
4. „Orvosi Hetilap“ díjalap	1883	4,400	—	2,000	1,000	—	600	—	—	—	549 83	395 05	154 78	200				
5. „Mészáros Károly“ díjalap	1892	20,800	—	4,000	8,200	—	6,400	2,200	—	—	3,019 21	1,951 43	1,067 78	—				
6. „Bókay János“ emlékalap	1905	3,300	—	—	—	—	—	—	—	3,300	219 50	201 32	18 18	200				
7. „Szenger Ede“ pályadíjalap	1905	20,400	—	—	—	—	—	—	—	20,400	20,819 20	19,982 50	836 70	—				
8. „Szenger Ede“ segélyalap	1905	30,600	—	—	—	—	—	—	—	30,600	31,228 83	29,973 19	1,255 64	—				
9. Az egyesület saját alaptőkéje		8,600	—	600	1,200	1,800	2,400	2,600	—	—	24,231 11	23,907 70	323 41	—				

\* Dr. Koller Gyula adománya.

Budapest, 1906. december 1-én.

Dr. Jurkiny Emil s. k., pénztáros.

\* Dr. Koller Gyula adománya.

Budapest, 1906. december 1-én.

Dr. Jurkiny Emil s. k., pénztáros.

Titkár felolvassa az Ivánhich-alapról szóló jelentést.

## 8. Jelentés az Ivánhich-alap kamataiból adott segélyekről.

Tisztelt Közgyűlés!

A Budapesti kir. Orvosegyesület kezelésében levő Ivánhich-alap kamataiból az igazgató tanács a lefolyt 1906. évben 1715 koronát osztott ki és pedig öt kartárs összesen 590 koronát és tizenegy kartársunk özvegye összesen 1125 koronát kapott.

Az igazgató tanács 1906. december hó 3-án tartott üléséből.

Lévai József  
titkár.Bókay Árpád  
elnök.

A közgyűlés a jelentést tudomásul veszi.

Titkár felolvassa a dr. Szenger Ede-féle alapítvány szabályzatáról szóló jelentést.

## 9. Jelentés a dr. Szenger Ede-féle alapítvány szabályzatáról.

Tisztelt Közgyűlés!

A LXVIII. évről közgyűlés a dr. Szenger Ede-féle hagyatéknak alapító okleveleit tudomásul vette és az igazgató tanácsot megbízta, hogy az alapítvány részletes szabályzatát kidolgozza. Az igazgató tanács 1906. február 27-én Erőss Gyula elnöklésével Dollinger Gyula, Grósz Emil, Jurkiny Emil, Lévai József, Székely Ágoston és Temesváry Rezső tagokból alakult bizottságot küldött ki, a mely megszerkesztette a pályadíj- és segélyalapról szabályzatát. Az igazgató tanács 1906. május 21-i ülésében mindkét szabályzatot elfogadta.

## Költség-előirányzat az 1907. évre.

Bevétel:		Kor.	Fill.	Kiadás:		Kor.	Fill.
1. Pénztármaradvány 1906-ról	...	323	41	1. Könyvekre	...	4500	—
2. 748 rendes tag évdíja à 24 kor.	...	17952	—	2. Folyóiratokra	...	4500	—
3. 48 új tag felvételi díja à 25 kor.	...	1200	—	3. Könyvkötésre	...	700	—
4. Helyiséghasználatért a Magyar Orvosi Könyvtár-Társulattól	...	200	—	4. Évkönyv és külföldi ismertetések költségei	...	2500	—
5. Helyiséghasználatért az Országos Balneológiai Egyesülettől	...	300	—	5. Nyomatványok, levelezés, irodaszerek	...	2000	—
6. Helyiséghasználatért az Orvos-Szövetségtől	...	800	—	6. Gyorsíró fizetése	...	600	—
7. A Budapesti Orvosi Kör rendes évi járuléka	...	10	—	7. A szolgál fizetése	...	1200	—
8. Házbérjövdelem	...	2000	—	8. A pénzbeszedés költségei	...	600	—
9. Ülésterembérlet	...	100	—	9. Világításra	...	900	—
10. Az alaptőke és f. számla bevételei	...	356	—	10. Fűtésre és szobatisztításra	...	900	—
Összes bevétel	...	23241	41	11. Telefon és vízdíj	...	484	64
Kiadás	...	22993	26	12. Háztartási szükségletekre	...	1000	—
Marad az év végén	...	248	15	13. A 12,000 koronás függő kölcsön kamatai	...	540	—
				14. Adó és illetékre	...	850	—
				15. A ház és könyvtár biztosítására	...	96	62
				16. Kölcsöntörlesztésre	...	—	—
				17. Ivánhich-alapnak	...	122	—
				18. Vegyes kiadások	...	500	—
				19. Rendkívüli kiadások	...	1000	—
				Összes kiadás	...	22993	26

Dr. Jurkiny Emil s. k.,  
pénztáros.

Kelt Budapesten, 1906. december 3-án.



és 1906. május 26.-án az ezen célra egybehívott közgyűlés elé terjesztette, a mely mindkét szabályzatot jóváhagyta. A szabályokat I. jelen évkönyvünkben.

Mint a pénztári jelentés részletesen beszámol, az egyesület az alapítvány összeget megkapta, úgy az ideai nagygyűléstől az igazgató tanács a dr. Szenger Ede-féle pályadíj-alapítványból már két, egyenként 800 koronás pályázatot hirdetett.

1906. október 15.-én az igazgató tanács a dr. Szenger Ede-féle segélyző alapítvány kamataiból is pályázatot hirdetett és pedig a) 400 koronát nyomorral küzdő gyakorló orvosoknak, b) 400 koronát valamely elhalt gyakorló orvosnak segélyre szoruló és ezt megérdemlő fiúárójának és c) 400 koronát valamely elhalt orvos szegényen maradt özvegyének és árvaínak segélyezésére.

A pályázatban megjelölt határidő leteltéig érkezett folyamodványok felől a gyám bizottság részéről beható tárgyalása után adott vélemény alapján az igazgató tanács a b) pont alatt hirdetett 400 koronát egy 1903-ban elhunyt vidéki orvos 1891. szeptember 27.-én született árójának, a c) pont alatt hirdetett 400 koronát egy 1903-ban elhunyt budapesti gyakorló orvos özvegyének ítélte oda és az a) pont alatt hirdetett 400 koronát, mivel erre folyamodvány nem érkezett, mai nappal új pályázatot hirdet.

Az igazgató tanács 1906. december hó 3.-án tartott üléséből.

Lévai József  
titkár.

Bókay Árpád  
elnök.

A közgyűlés a jelentést tudomásul veszi.

*Titkár* felolvassa az igazgató tanács javaslatát a fő- és székvárosban állomásozó cs. és kir. közös hadseregbeli és m. kir. honvéderosoknak tagokul való felvétele érdekében az alapszabályzat 14. §-ának módosítása iránt.

*Az igazgató tanács javaslata a fő- és székvárosban állomásozó tényleges szolgálatban levő cs. és kir. közös hadseregbeli és a m. kir. honvéderosoknak tagokul való felvétele érdekében az alapszabályzat 14. §-ának módosítása iránt.*

Tisztelt közgyűlés!

Mióta az igazgató tanács határozatából katonáorvos kar-társaink mint vendégek látogatják tudományos üléseinket, többen azon óhajást fejezték ki, hogy az egyesület rendes tagjai közé felvétessenek, a midőn nemcsak mint hallgatók, hanem mind közreműködők is részt vehetnének az egyesület tudományos ülésein. Ezen elismerésre méltó törekvéssel szemben az egyesület vezetősége helyénvalónak tartja, hogy katoná-orvos kartársainknak az egyesületbe való belépését egyszerűsítse és megkönnyítse.

Tudvalevő ugyanis, hogy a katonáorvosok gyakran változtatják állomáshelyüket. Megtörténhetnék, hogy katonáorvos akkor kerül Budapestre, mikor a tagfelvételek már megtörténtek egy évig kell várnia, míg felvétetik, vagy megtörténhetnék, hogy rendes taggá való felvétele után Budapestről azonnal és hosszú időre távozni kénytelen. Az előbbi esetben tagfelvételi szabályzatunknak bizonyos időponthoz és alakisághoz kötöttsége a katonáorvosra nézve akadály a felvételre, utóbbi esetben a 25 koronás felvételi díj indokolatlan kiadás a bizony legtöbbször szerény javadalmazású kartárs részére.

Az igazgató tanács ezen körülményeket tekintetbe vette és a tisztelt közgyűlésnek azt javasolja, hogy alapszabályzataink 14. §-ához, a mely így hangzik:

#### „V. A tagok kötelezettségei.

14. §. A rendes és alapító tagok kötelesek: 1. az egyesület tudományos céljait lehetőleg előmozdítani; 2. az egyesület szabályait szigorúan megtartani.

A rendes tagok az egyesület kiadásainak fedezésére kötelesek egyszer-mindenkorra felvételi díj 25 koronát, és az alapszabályok 28. §. 6. pontja értelmében a közgyűlés által időről időre megszabott évi tagsági díjat fizetni. A tagsági díjak fizetésére való kötelezettség a felvétel napjával kezdődik és azon év végéig tart, a míg az egyesületből való kilépés az igazgató-tanácsnak írásbeli úton bejelentetik.

Ha valamely rendes tag tagdíját két éven át meg nem fizeti, az egyesület őt tagjainak névsorából kitörli, mi azonban nem menti fel őt a hátralékos két évi tagdíj megfizetése alól.“ a következő pótlás illesztessék:

„A fő- és székvárosban állomásozó, tényleges szolgálatban levő cs. és kir. közös hadseregbeli és m. kir. honvéderosok, ha az egyesületbe való felvétel végett jelentkeznek és az érvényben levő tagdíjat megfizetik, minden további eljárás mellőzésével és a felvételi díj megfizetése nélkül, az egyesület rendes tagjai közé bármikor felvétetnek.

Tagságuk azon év végéig érvényes, a melyben a tagdíjat megfizették.

A tényleges katonáorvosi rang megszűnésével a tagság is megszűnik.“

Ezen javaslatot elfogadásra tisztelettel ajánljuk.

A budapesti kir. orvosegyesület igazgató tanácsának 1906. december hó 3.-i üléséből.

Lévai József  
titkár.

Bókay Árpád  
elnök.

A közgyűlés az igazgató tanács javaslatát egyhangúlag elfogadja, és az alapszabályok javasolt megváltoztatásához hozzájárul.

*Elnök* előterjesztésére a könyvtárvizsgáló bizottságba kiküldetnek Török Lajos elnökle alatt Székely Ágoston, Politzer Alfréd. A pénztárvizsgáló bizottságba pedig id. Elischer Gyula elnökle alatt Flesch Nándor és Medvei Béla.

*Elnök* végül köszönetet mond a maga és tisztársai nevében az orvosegyesület eddigi bizalmáért, és egyúttal bejelenti a maga és a titkár lemondását.

Az elnöki széket elfoglalja mint korelnök: Verebely László, korjegyző: Dollinger Béla.

A szavazatszedő bizottságokba kiküldetnek: I. elnök: Papp Sámuel; jegyzők: Paunz Márk, Lengyel Lajos.

II. elnök: Szontágh Félix; jegyzők: Borszéky Károly, Leitner Vilmos.

A szavazatszedő bizottság jelentése szerint a választás eredménye a következő: Elnök: Bókay Árpád; másodelnök: Eröss Gyula. Üléselnökök: Hirschler Ágoston, Prochnov József. Titkár: Lévai József; másodtitkár: Blaskovits László. Ülésjegyző: Kiss Gyula, Verebely Tibor. Könyvtáros: Temesváry Rezső; másodkönyvtáros: Győry Tibor. Pénztáros: Jurkiny Emil. Háznagy: Tóth Lajos.

Választmányi tagok: Bátori Dániel, Dollinger Gyula, id. Elischer Gyula, id. Klug Nándor, Korányi Sándor, Pertik Ottó, Stern Samu, Török Lajos.

Megválasztott 48 rendes tag és 76 külföldi levelező tag egyhangúlag.

*Bókay Árpád* a megválasztott elnök meleg szavakban mond köszönetet megválasztatásáért és az ülést bezárja.

*A budapesti kir. orvosegyesület alapszabályainak értelmében ajánlott és az 1906. december 10.-i LXIX. évszámú közgyűlésen megválasztott tagok névsora.*

#### I. Külföldi levelező tagok:

Aaser P. dr. prof. (epidemiologia), Christiania  
Angelucci Arnoldo dr. prof. (szemészet), Napoli  
Asch Róbert dr. prof. (szül.) Breslau,



- Alemão de Costa Manuel dr. prof. a lisboa-i nemzetközi  
 orv. Congr. elnöke, Coimbra
- 5 Babes Victor dr. prof. (bacteriol.), Bukarest  
 Bettencourt Annibal dr. prof. (bacteriol.), Lisboa  
 Bier Ágoston dr. prof. (seb.), Bonn  
 Bloch Oscar dr. prof. (sebész), Kjöbenhavn  
 Bossi Luigi Maria dr. prof. (szül.), Genova
- 10 Bouchard Henri dr. prof. (ált. kór- és gyógyt.), Paris  
 Bombarda Miguel dr. prof. a lisboa-i nemzetközi orv. Congr.  
 főtitkára, Lisboa  
 Brissaud E. dr. prof. (belgyógy.), Paris  
 Calleja y Sanchez Julian dr. prof. (kórboncz.) a madridi  
 orv. Congr. elnöke, Madrid  
 Caro Fernandez Angel dr. a madridi orv. Congr. volt  
 főtitkára, senator, Madrid
- 15 Concetti Luigi dr. prof. (gyermekgyógy.), Roma  
 Curci Antonio dr. prof. (pharmacol.), Catania  
 Chauffard Paul-Emile dr. prof. (belgyógy.), Paris  
 Czerny Adalbert dr. prof. (gyermekgyógy.), Breslau  
 Debove Georgo dr. prof. (belgyógy.), Paris
- 20 Depage Antoine dr. prof. (seb.) a bruxellesi I. nemzet-  
 közti seb. Congr. főtitkára, Bruxelles  
 Escherich Theodor dr. prof. (gyermekgyógy.), Wien  
 Fibiger J. dr. prof. (kórboncz.), Kjöbenhavn  
 Gaffky Georg dr. prof. (bacter.), Berlin  
 Da Gama-Pinto J. R. dr. prof. (szemészet), Lisboa
- 25 Gruber Max dr. prof. (hygiene), München  
 Gullstrand Allvar dr. prof. (szemészet), Upsala  
 Guzzoni degli Ancarani Arturo dr. prof. (szülészet), Messina  
 v. Herff v. Salis Otto dr. prof. (szülészet), Basel  
 Heubner Joh. Otto Leonh. dr. prof. (gyermekgyógy.),  
 Berlin
- 30 Hirschsprung H. dr. igazgató (gyermekgyógy.), Kjöbenhavn  
 Hlava Jaroslav dr. prof. (kórboncz.), Praha  
 Hutinel V. dr. prof. (gyermekgyógy.), Paris  
 Kalliontzis Evangelos dr. prof. (seb. boncz.), Athen  
 Key Ernst Axel. prof., Stockholm
- 35 Kirchner Martin dr. prof. (hygiene), Berlin  
 Kitasato S., Tokio  
 Kobler Victor dr. korm. tan., Sarajevo  
 Kronecker Hugo dr. prof. (physiol.), Bern  
 Krönlein Ulrich dr. prof. (seb.), Zürich
- 40 Kutner R. dr. prof. a Kaiserin Friedrich-Haus igazgatója,  
 Berlin  
 Kümmell H. dr. főorvos (seb.), Hamburg  
 Laache S. B. dr. prof. (belgy.), Christiania  
 Langhans Theod. dr. prof. (kórboncz.), Bern  
 Lermoyer Marcel dr. prof. (oto-laryng.), Paris
- 45 De Lapersonne F. prof. (szem.), Paris  
 Leber Theodor dr. prof. (szem.), Heidelberg  
 Machmoud Hassan pascha dr., Kairo  
 Magnus Hugo dr. prof. (szemész és orv. tört.), Breslau  
 Massei Ferdinando dr. prof. (laryng.), Napoli
- 50 Mauperrin Santos dr. prof. (hygiene) a nemzetközi Congr.  
 szakoszt. elnöke, Lisboa  
 Moure E. J. dr. prof. (otol.), Bordeaux  
 Mya S. dr. prof. (gyermekgyógy.), Firenze  
 Neiser Albert dr. prof. (syph.), Breslau  
 Obersteiner H. dr. prof. (psychiatr.), Wien
- 55 Osler William dr. prof. (belgy.), Oxford  
 Pavy Frederick William dr., London  
 Pestalozza Ernesto dr. prof. (gynaek.), Roma  
 Pritchard Urban dr. prof. (otol.), London  
 Reverdin J. dr. prof. (seb.), Genève
- 60 Roth Vladimir Karlovič dr. prof. (idegkört.), Moskva  
 Seun Nicholas dr. prof., (seb.), Chicago

- Sir Semon Felix dr. (laryng.), London  
 Sonnenburg Eduard dr. prof. (seb.), Berlin  
 Schauta Frigyes dr. prof. (szül.), Wien
- 65 Schjerning Ottó dr. vezértörzsorvos, Berlin  
 Schmidtman dr. titk. tan., Berlin  
 Schrötter L. von, dr. prof. (laryng.), Wien  
 Tarnowsky Benjamin prof., St. Petersburg  
 Thomson Arthur dr. prof. (anat.), London
- 70 Verworn Max dr. prof. (physiol.), Göttingen  
 Weckerling H. dr. Geh. Medizinalrath, Friedberg (Hessen)  
 Willems Ch. dr. prof., a nemz. seb. társ. elnöke, Gand  
 Wicherkievicz Boleslaw dr. prof. (szemész), Krakau  
 Wyder Th. dr. prof. (gynaek.), Zürich
- 75 Zambaco pascha dr., Konstantinápoly  
 Zwaardemaker H. dr. prof. (physiol.), Utrecht

## II. Rendes tagok.

- Ádám Lajos (Szt. István-kórház B Pavillon)  
 Bán Ilona (Bródy Adél-gyermekgyógy.)  
 Benczur Gyula (VI., Lendvay-utca 15)  
 Boros Béla (Szt. Rókus-kórház)
- 5 Brezovsky Emil (Szt. István-kórház)  
 Csiky József (József-körút 36)  
 Csohány János (Baross-utca 27)  
 Csordás Elemér (II., Régi Szt. János-kórház)  
 Czyzewsky Gyula (Margitsziget)
- 10 Fái Mátyás Miklós (IV., Kiskorona-utca 4)  
 Fischer Mór (VII., Vörösmarty-utca 13. I. 8)  
 Frank Olga (Csömöri-út 36)  
 Goldberger Márk (II., Lövház-utca 20)  
 Goldzieher Miksa (V., Báthory-utca 5)
- 15 Gühr Mihály (Tátra-Széplak)  
 Hauer Ferencz (Baross-utca 111)  
 Hermann Emil (VI., Gyár-utca 7)  
 Hoffmann Oszkár (Podmaniczky-utca 21)  
 Horváth Mihály (Baross-utca 27)
- 20 Kallós Jenő (VII., Almásy-tér 17)  
 Karácsony Mihály (VIII., Német-utca 17)  
 Kiss Ödön (I., Kékgyólyó-utca 5)  
 Lobstein Leó (VII., Kerepesi-út 32)  
 Makai Endre (VI., Izabella-tér 2)
- 25 Molnár Béla (VI., Eötvös-utca 11)  
 Mutschenbacher Tivadar (IV., Irányi-utca 12)  
 Nagy Dezső (Lipótmezei m. kir. áll. elmegyógyintézet)  
 Nagy Kálmán (Baross-utca 109)  
 Neu Nándor (Dohány-utca 61, II. 4)
- 30 Nyéki Károly (Angyalföldi elmegyógyintézet)  
 Parassin József (IV., Molnár-utca 26)  
 Preis Károly (Szt. István-kórház)  
 Prokess Antal (Ujpest, Templom-utca 1)  
 Renner Árpád (VI., Nagy János-utca 25)
- 35 Rhorer Aladár (IV., Semmelweis-utca 4)  
 Sági Ignác (X., Jászberényi-út 4)  
 Schidlauer Ödön (VIII., József-körút 55)  
 Scholcz Gyula (VIII., Rákóczy-tér 12)  
 Stiller Jenő (VI., Andrássy-út 15)
- 40 Strelinger Sámuel (I., Fehérvári-út 31)  
 Ströszner Ödön (VIII., Kálvária-tér 19)  
 Székely Zsigmond (VII., Erzsébet körút 44)  
 Szilassy Aladár (Wesselényi-utca 71)  
 Szirmay Kálmán (I., Kékgyólyó-utca 5)
- 45 Tezner Ernő (Teréz-körút 41)  
 Vándor Dezső (VII., Erzsébet körút 51)  
 Zoltán Elek (VIII., Esterházy-utca 15)  
 Zsigmondy Zoltán (Vörös-kereszt-kórház)







# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

**Mellékletei:** SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ónodi Adolf: Az orrbajok által feltételezett contralaterális látászavar és vakság kóroktanáról. 1156. lap.

Veszprémi Dezső: Közlemény a kolozsvári kir. tud.-egyetem kórboneczani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr. egyetemi tanár.) Bacillus fusiformis-szal, spirochaeta gracilis-szal és cladothrix putredogenes-szel végzett tenyésztési és állatkísérletek. Adatok a kísérleti gangraena bakteriologiájához és histogenesiséhez. 1157. lap.

Tarczsa. Grósz Emil: A budapesti egyetem orvosi fakultásának fejlődése az utolsó évtizedben és a harmadik egyetem. 1163. lap. — Grósz Emil: XII. szüneti orvosi cursus. 1163. lap. — Pach Henrik: Iparizem és tüdővész. 1164. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismeret. E. Grawitz: Methodik der klinischen Blutuntersuchungen. — E. P. Friedrich: Die Eiterungen des Ohrlabyrinths. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Livierato: Az influenza hajlamosító befolyása más fertőzésekre. — Belorostan. Westenhoeffer: Adatok a tüdőgümö-

kór gyógyításának kérdéséhez. — D. M. Macdonald: A colica mucosa gyógyítása. — Idegkórtan. Leroy: A hysteriás egyén felelőssége. — Sebészet. W. B. Coley: Gyökerező czombsérvműtét. — Weiger: Urachuscysták. — J. H. Cuningham: A filariasis sebészeti kezelése. — W. J. Mayo: 100 gyomorreseccio. — Lindenstein: Az osteochondritis dissecans viszonya az ízületi egerekhez. — B. Bosse: A hereditær ízületi syphilis késői alakja. — Orthopaedia. Ewald: Amniogen eredetű dongaláb. — Húgyszervi betegségek. Ehrmann: A heveny és idült húgyhólyaglob gyógyítása. — Venerás bántalmak. Th. Mayer: Oldékony kénessókkal való fájdalomtalan injectió eljárás. — Neumark: A penis plastikus induratioja Dupuytren-féle ujjcontracturával szövődve. — Kisebb közlemények az orvostudományról. Jellinek: Dupuytren-féle ujjcontractura. — Ottenfeld: Láb-izzadás. — Heermann: Icterus catarrhalis. 1167—1170. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archívum. — Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 1170. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 1170—1171. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 1172—1177. lap.

Mellékletek. Glück Rezső „Digestol” prospektusa.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az orrbajok által feltételezett contralaterális látászavar és vakság kóroktanáról.<sup>1</sup>

Írta: Ónodi Adolf egyetemi rk. tanár, kórházi főorvos.

A nasalis eredetű contralaterális látászavar és vakság tanának egyik alapját idevonatkozó kutatásaim eredményei teszik, a melyeket a következőkben sorolok fel: 1. A bal hátsó rostasejt alkotja a jobb canalis opticus mediális falát. 2. A jobb hátsó rostasejt mindkét oldalon alkotja a canalis opticus alsó és mediális falát és az egész sulcus opticus falát. 3. A jobb hátsó rostasejt az egész sulcus opticus falát alkotja. 4. A jobb hátsó rostasejt alkotja a sulcus opticus jobb és középső harmadának falát. 5. A bal ikéből a jobb canalis opticus alsó falát alkotja. 6. A bal ikéből a jobb canalis opticus alsó falát és a sulcus opticus jobb és középső harmadának falát alkotja. 7. A bal ikéből alkotja mindkét oldalon a canalis opticus alsó és mediális falát és az egész sulcus opticus falát. 8. Ugyanezen alakviszony, azon különbséggel, hogy a jobb canalis opticus alsó és mediális falát kisebbik részében a bal ikéből, nagyobbik részében a jobb hátsó rostasejt alkotja. 9. A bal ikéből alkotja a bal canalis opticus alsó és mediális falát és a jobb canalis opticus alsó falát, továbbá az egész sulcus opticus falát. 10. A jobb ikéből alkotja a sulcus opticus középső harmadának falát.

Ezen észleletek mutatják, hogy a hátsó rostasejt és az ikéből az egyik oldalon a chiasmától és az ellenoldali látóidegtől csak papírvékonyosságú csontfal által lehet elválasztva.

Az idevonatkozó esetek száma nagyon csekély, velük nem sokára megjelenendő monographiánkban, mely a látóideg viszonyát a melléküregekhez, valamint a canicularis neuritis és atrophia optica tanát fogja tárgyalni, külön fogunk foglalkozni. Ez alkalommal röviden vázoljuk esetünket, melyben baloldalt a

hátsó rostasejt és az ikéből empyemája volt jelen, jobboldalt pedig a látóideg sorvadása és baloldalt neuritis optica és hemianopsia temporalis. Hat évvel azelőtt a bal orrüregből sok orrhabarczot távolítottak el, azután a bal oldalon genyefolyás állt be büzzel és tartós fejfájással. Jelentkezése előtt vagy fél esztendővel két hónap alatt a jobb szem megvakult és három hónappal később a bal szemén jelentkezett látászavar; a vizsgálatkor neuritist találtunk temporális hemianopsiával. Az ikéből a hátsó rostasejt feltárása után szélesen lett megnyitva; utána kiöblítés, curettament és tamponade. Az ikéből szabadabbá tett elülső falán ejtett nagy nyíláson át nagy kiterjedésű üreget lehetett látni. A fejfájások engedtek, a genyefolyás csökkent. A bal szem látása kevésbé javult, a visus  $\frac{6}{15}$ -ről  $\frac{6}{10}$ -re emelkedett. A műtét beavatkozása után csak ezen kis javulást lehetett észlelni. Lues nem volt jelen, az antiluetikus kúra eredménye negatív volt. A beteg eltávozott, és felőle további adatokat nem sikerült kapnunk. Szíly tanárral, ki a beteget átengedte, a legnagyobb valószínűséggel okozatos összefüggést vettünk fel az orr- és szemhaj között, más magyarázatra semmi támpontunk nem volt, azonfelül a talált alakviszonyoknak is megfelelt az állapot. Van egy készítményünk, melyen a baloldali ikéből csak a jobb canalis opticus és a sulcus opticus középső harmadának falát alkotja. Jobboldali atrophia optica és baloldali hemianopsia temporalis bonczolástani alapon megmagyarázható lenne a jobb látóideg és a chiasma laesioja által a bal ikéből megbetegedésének esetében; ezen esetben mindkét bántalom accidentális jelenlétének felvételére nem volt semmi támpontunk, ezt a kérdést csak nekroszkopia dönthetné el. A mellékelt ábrán bemutatjuk a hemianopsia temporalis felvett képét.

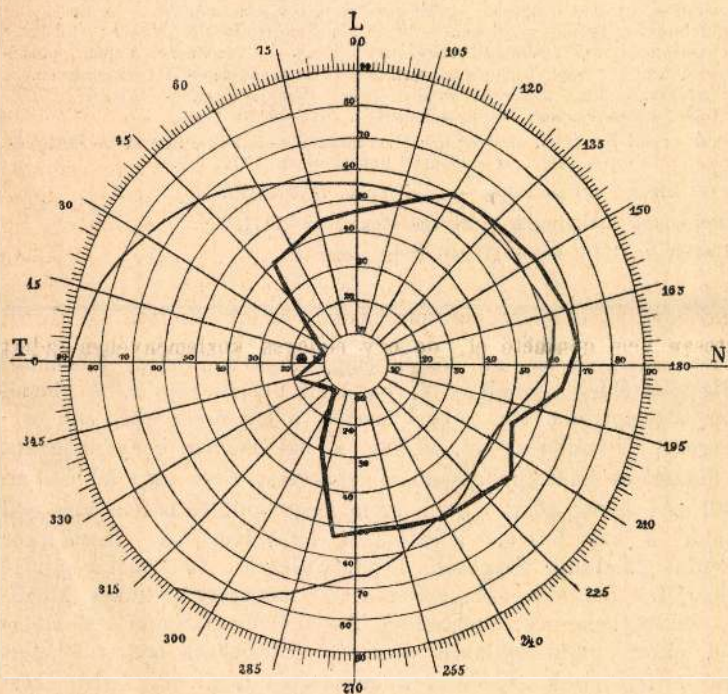
Dolgozatomban<sup>1</sup> már megjegyeztem, hogy a Mendel és Lapersonne által felállított tétel, mely szerint az egyoldalú neuritis többnyire jellegzetes a nasalis eredetre, nem tartható fenn. Nemcsak esetek szólanak ellene, hanem az általunk újabban észlelt alakviszonyok is, melyek egyoldalú hátsó rostasejt- és ikéből megbetegedésnél az ellenoldali látóideg és a chiasma, továbbá

<sup>1</sup> Előadta és a készítményeket bemutatta a német szemészek 38. nagygyűlésén, Heidelbergben, 1906-ban.

<sup>1</sup> Ónodi: Zeitschrift für Augenheilkunde, XII. kötet.



csak a chiasma vagy mindkét oldali látóideg laesioját teszik lehetővé. Ezen dolgozatban a látászavarnak csak az iköböllel való okozatos összefüggésének sablonszerű felvétele ellen is állást foglaltam és bebizonyítottam, hogy sok esetben az iköbölnek semmi köze sincsen a látóideghez és szoros benső viszonyban csak a hátsó rostasejttel áll. Ezen tény újabb leleteimmel is megerősítettem és így ezen alkalommal újra hangsúlyoznom kell, hogy az iköböl és a hátsó rostasejt egyidejű megbetegedésénél mindkét üreg tekintetbe veendő. Leleteink bonczani alapon minden természetes magyarázatot megengednek, a nélkül, hogy erőszakolt, valószínűtlen hypothesiseket kellene felállítani. A mi a contralaterális látászavart illeti, kórbonczolástani lelettel egyáltalában nem rendelkezünk. A nasalis látászavarokra vonatkozó eddig ismert kórbonczolástani leletek többnyire daganatokra és sérülésekre vonatkoznak a canalis opticus területében, továbbá az iksontszárnyak hyperostosisára és a foramen opticum szűkülésére. A melléküregek empyemájánál periostitist, cariest, nekrosist, az iksont perforatioját, meningitis basilarist, extra- és intradurális tályogot a középső koponyaárokban, a vena ophthalmica, a sinus cavernosus, a sinus petrosus thrombosisát észlelték. A kórbonczolástani leletek, sajnos, hézagosak, hiányzanak a látóidegek szövettani vizsgálata, továbbá az adatok a látóidegnek a megbetegedett és az ép melléküregek-



hez való viszonyára nézve, a venae ethmoidales, a vena centralis retinae, a kóros melléküregek gyűjtőértörzseinek vizsgálata.

Vizsgálataink eredményei a hátsó rostasejtnak és az iköbölnek a látóideghez és a chiasmához való viszonyát illetőleg, a canaliculus retrobulbaris neuritis és atrophia optica tanának felépítéséhez a bonczolástani alapot adják meg. A klinikai észleleteket adott esetekben szabatos kórbonczolástani vizsgálatok kell hogy kiegészítsék. A mi a contralaterális nasalis látászavart illeti, főleg az infectio, a gyulladás tovavezetése, az élettani, veleszületett csonthiányok és a vérkeringési zavarok jönnek tekintetbe.

Hangsúlyozni akarjuk, hogy morphologiai leleteink alapján a gyulladás tovavezetése, az élettani csonthiányok, a vérkeringési zavarok előidézhetnek contralaterális látászavart. Azonkívül leleteink a canalis opticus contralaterális indirect törésének magyarázatát is adják. A kóros folyamat tovaterjedésénél a canalis opticus és az iköböl falain általunk leirt csonthiányoknak fontos szerep juthat, épen úgy az általunk leirt semicanalis ethmoidalisnak, az itt szabadon lefutó gyűjtőereknek, továbbá a határoló csontos válaszfalak különböző vastagságának. A rostasejtek megbetegedésük esetében alkalmasabbak látászavarok előidézésére, a mennyiben a határoló válaszfal többnyire rendkívül vékony, selyempapír vékonyságú lehet, továbbá az ethmoidalis gyűjtőerek gyakrabban szabadon fekszenek a semicanalis ethmoidalisban. Vér-

keringési zavarok folytán könnyen támadhat perineuritis optica, vérbőség, vizenyő, vérzés, exsudatio az opticushüvelyben, thrombophlebitis, thrombosis, embolia stb. A csonthiányok elősegítik a gyulladás tovaterjedését. A különböző erős csontos válaszfalnak az iköböl és a canalis opticus között védő szerepe lehet.

Még egy nagyon fontos kérdést kell érintenem — ámbár a megismert morphologiai tények és számos eset határozottan az okozatos összefüggés mellett szólnak —, és ez mindkét bántalomnak accidentális előfordulása egymás mellett. Az okok egész sora ismeretes, a melyek neuritis optica idézhetnek elő, továbbá voltak esetek, hol a műtét beavatkozása a neuritis optica kedvezőtlen lefolyását nem tudta befolyásolni, és végül, a hol a műtét megtagadása esetében a genyedés mellett a neuritis optica spontán gyógyult. Azután ismerek eseteket, saját tapasztalatomból is, hol a szemész a neuritis vagy atrophia optica jelenlétét megállapította, az okát megjelölni azonban nem tudta és az orrgyógyász sem talált rendellenességet. Eredetileg más okból támadt látászavarokhoz és vaksághoz egészen függetlenül társulhat melléküreggenyedés. Hangsúlyoznom kell, hogy ilyen esetekben a melléküregeket felelőssé tenni nem szabad. És minthogy a kórképek egymás mellé sorakozhatnak minden igaz okozatos összefüggés nélkül, a szigorú kritika helyén van. Ezen kérdést, melyet egyes esetekben nem is tudunk eldönteni, érintettem, mert meggyőződésem szerint hamis magyarázatok adhatók.

Az egyoldali, kétoldali vagy contralaterális látászavar vagy vakság okozatos összefüggésének ténye a hátsó rostasejt és az iköböl megbetegedésénél kétséget nem szenved, ezen tan bonczolástani alapja morphologiai leleteinkkel adva van, a teljes felépítése a szabatos klinikai észleletektől és a lehetőség szerint végzendő nekroszkopikus vizsgálatoktól várható. Közelebb megjelenő monographiánk morphologiai vizsgálatainkkal, mások és a magunk észleleteivel, az egész kérdés klinikumát részletesen fogja tárgyalni.

Közlemény a kolozsvári kir. tud.-egyetem kórbonczolástani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr. egyetemi tanár.)

**Bacillus fusiformis-szal, spirochaeta gracilis-szal és cladothrix putredogenes-szel végzett tenyésztési és állatkísérletek. Adatok a kísérleti gangraena bakteriológiájához és histogenesiséhez.**

Irta: Veszprémi Dezső dr. egyet. m. tanár, I. tanársegéd.

(Vége.)

#### *Spirochaeta gracilis.*

Az esetünkben és kísérleti anyagunkban talált spirochaeták meglehetősen változatos hosszúságúak, átlag mégis 9—12  $\mu$  hosszúak, igen finom egyenletes hullámokkal, a melyeknek száma szintén változó: 6—10—12 hullámot mutatók a leggyakoribbak, de ennél kevesebb vagy több csavarulattal bírók is állandóan előfordultak. Feltűnően vékonyak, finomak, és pedig kulturákban néha oly rendkívül finomak és halványan festődtek, hogy alig alig voltak felismerhetők, ilyenkor igen sűrű és rendkívül apró csavarulataik vannak, végeik pedig mindig hegyesek. Festődésükre vonatkozólag észleleteink teljesen megegyeznek az összes szerzők egyhangú véleményével, hogy a spirochaeták festhetősége a közönséges használatos eljárásokkal igen csekély fokú. Bármilyen festékdalattal jóval halványabban festhetők, mint a bakteriumok általában. Még legjobban tűntethetők fel hígított Ziehl-féle carbolos fuchsinnal. Nekünk sikerült ugyan a Gram-féle festési eljárással, ha a fedőlemezen a festéket erősen többször felforraltuk, meglehetősen intensive festődött spirochaetákat kapni, ennek az eljárásnak, épen úgy a Van Ermengem-féle ezüstözésnek is hátránya azonban a sok csapadék a készítményekben. A szokásos Gram- vagy Weigert-féle festéssel a spirochaeták a mi készítményeinkben is, még a legrövidebb ideig tartó szintelenítésnél is teljesen festetlenek maradtak, tehát joggal lehet mondani, hogy *Gram-negatívak*. Szövetekben legjobban szintén hígított carbolos fuchsinnal festhetők, a mint ezt Buday tapasztalta, de



igen jól kimutathatók a Levaditi-féle ezüstimpregnatioval is. Szöveti készítményekhez csak igen finom, legfeljebb 4—5  $\mu$ -os celloidin és 1—3  $\mu$  vastag paraffinos metszetek használhatók.

Sohasem sikerült a spirochaetákban sporákat találnunk, valamint egyszer sem láttunk chromatinszemcsének vagy éppen magának tartható képletet, a minőt pedig pl. a spirochaeta pallidában Giemsa-festésnél gyakran lehet látni. Nem mutatkoznak továbbá olyan elváltozások sem, a melynek pl. a bakteriumok involútiós alakjánál észlelhetők, t. i. durva alaki megváltozás, egyenetlen festődés, szemcsék, vacuolumok keletkezése stb. Legfeljebb azok felelnének meg tehát spirochaetáink közül az involútiós alakoknak, a melyek vastagabbak, lomhábbak, általában sötétebben festődnek, de ezeknek is a színeződését mi rendesen igen egyenletesnek találtuk. *Eichmeyer* említi ugyan, hogy: „Unter den Spirochaeten kommen ebenfalls ungleichmässig gefärbte Formen vor, die ein gekörneltes Aussehen zeigen und meist dann auch ihren Konturen verlustig gegangen sind. Es handelt sich hierbei zweifelsohne um Involutionenformen“. Ilyet azonban nem volt alkalmunk látni.

Spirochaetáink élettani tulajdonságai közül a mesterséges táptalajon való tenyésztésüket illetőleg azt tapasztaltuk, hogy a kulturákban mindig meglehetősen nehezen, későn eredtek meg. És pedig az első generációknál 6—7, később már, nyilván az alkalmazkodás miatt, 3—4 nap múlva. Ennek az lehet a magyarázata, hogy egyéb bakteriumok — coccusok, fusiformisok — előbb alkalmassá kellett hogy tegyék a táptalajt a spirochaeták szaporodására. Tehát csak a táptalaj bizonyos vegyi megváltozása után találja meg a spirochaeta a fejlődés feltételeit.

A spirochaeták önálló helyzetváltoztatását és emberi anyagban nem tudtuk észrevenni, kulturákból és hígabb, rendszerint éves genyiből való nativ készítményekben egyszer-másor angolnászúszáshoz hasonlítható mozgást ha sikerült is pár pillanatig megfigyelni, csakhamar eltűnt szemünk elől; de rendesen festetlen készítményben egyáltalán nem is tudtunk spirochaetát meglátni, dacára annak, hogy ugyanazon készítményben festés után nagy mennyiségben voltak kimutathatók. Ennek oka azt hiszem nem lehet más, mint a spirochaeták rendkívüli finomsága és azon körülmény, hogy a fénytörési különbségek nem elég erősek az észrevezéshez. Éppen ezért, bár nekünk is szinte bizonyosnak tetszik, hogy a spirochaeták is önálló mozgásra képesek, pozitív tapasztalatokkal e tekintetben nem rendelkezünk. Hozzá kell még ehhez tennünk azt is, hogy sem unduláló hárttyát, a minőt pedig *Schaudinn*, újabban pedig *Hoffmann* és *Prowazek* határozottan felvesznek és le is rajzolnak, sem pedig ostorokat sohasem tudtunk észrevenni. Ez utóbira tekintettel pedig ugyancsak tüzetesen átnéztük *Löffler* és van Ermengem szerint festett készítményeinket, a melyekben pl. a fusiformisok igen szép ostorfestést mutatnak. Éppen a van Ermengem-féle készítményeinktől várhattunk volna e tekintetben leginkább pozitív eredményt, mert *Zettnov*-nak sikerült tyúkspirochaetákon és *recurrens* spirochaetákon szintén ezüstözéssel ostorokat is kimutatni. Ezzel természetesen megegyezően látszik *Schaudinn*-nak az a nézete, hogy kizárólagosan a spirochaeta pallida bír ostorral s az összes többi spirochaetafajtától, a melyek nem ostorokkal, hanem unduláló hárttyával (*Periplast*) vannak ellátva, ezáltal élesen és határozottan különbözik.

*Schaudinn* azt mondja ugyanis, hogy a luesen kívül más folyamatoknál előforduló spirochaetafajtáknál *Löffler*-páczczal olyan készítményeket sikerült előállítani, a melyeken: „als deutlich „spiraliger“ heller Saum umgibt der Periplast die den Kernapparat im Entoplasma enthaltende, mit *Löffler*'scher Beize tief schwarzrot gefärbte Axe des Organismus“. A pallidára vonatkozólag pedig: „Der Periplast scheint mir „ringsum gleichmässig“ entwickelt, sich an beiden Enden verjüngend, in die Geisseln auszufließen, die etwa die Länge von 4—6 Windungen des eigentlichen Spirochätenkörpers besitzen“. Egy fontos tulajdonsága volna még a közönséges spirochaetáknak *Schaudinn* szerint az, hogy keresztmetszetben inkább laposak, tehát lefutásukban szalagszerűek, szemben a pallidával, a melynek keresztmetszete mindig kör, tehát alakja cylindrikus. Saját szavai szerint: „Zur Zeit kommt es mir vor, als ob der Körper der Spirochaeta pallida im Querschnitt kreisrund begrenzt ist, also zylindrische, nicht bandförmige Gestalt besitzt, wie alle übrigen darauf untersuchten

Spirochäten“. Ilyen szalagszerűen — tehát két oldalról — lelapított alakot spirochaetáinkon már rendkívüli finomságuk miatt sem tudtunk volna fedőlemezkészítményeinkben észrevenni, metszeteinkben pedig olyan helyeken, a hol nagy mennyiségben vannak spirochaeták, láttunk ugyan elég sűrűn igen apró pontszerű képleteket, a miket mi csakugyan keresztmetszetben talált spirochaetáknak tartunk, de azok, a mennyire szemünk az 1000—1200-szoros nagyításnál megítélni tudja, akár köralakúak, akár ellipszisnek is felelnének meg, maguk a spirochaeták szalagszerűnek sohasem tűntek fel. Ilyen látszólag aprólékos részletekre is ki kellett terjeszkednünk azért, mert ezeket a kérdéseket az összefoglaló közlemények még csak meg sem említik, de másfelől azért is, mert fel akartuk hívni a figyelmet ezekre, mint olyanokra, a melyek még további vizsgálatok által eldöntendő feladatot képeznek.

Spirochaetáinknak közelebbi meghatározásánál s a mások által leirtakkal való összehasonlításánál teljesen ugyanazon kérdések merülnek fel, mint a melyeket a bacillus fusiformisnál felvetettünk. Tekintettel arra, hogy a két mikrobát úgyszólván kivétel nélkül mindenki együtt tárgyalja, ugyanazon feltételek és következtetések, a melyeket a fusiformisnál az imént kifejtettünk, nagyrészt érvényesek a spirochaetákra is; tehát csak ismétlés volna, ha ezekre újból kiterjeszkednénk. De nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt, hogy a bacillus fusiformissal szemben a spirochaetáknak már az elnevezésében némi nyomait látjuk az elkülönítésre való törekvésnek. Így pl. hivatkozhatunk a *Schaudinn* által használt „spirochaeta refringens“ elnevezésre (a spirochaeta pallidától való megkülönböztetésül). Hogy milyen spirochaetaféleséget értett ez alatt *Schaudinn*, azt bővebben nem fejtette ki, nem is jellemezte, csak sejtetni enged, hogy azokat a spirochaetaalakokat mondja „refringens“-nek, a melyek a spirochaeta pallida mellett bujakkóros fekélyekben vagy akár más fekélyes folyamatokban kimutathatók, s nyilván ilyeneknek tartja a torok képletein élősködő vagy a Plaut-Vincent-anginánál szereplő spirochaetákat is. Hogy a foglepedékben előforduló spirochaetát is ide sorolná, az szintén biztosan nem dönthető el, de egy előleges közleményében adott ábráiból következtetve, külön rajzolván le a „refringenst“ és külön a spirochaeta dentiumot, azt a hitet kelti, hogy a kétféle alakot különböztönek tartotta. Itt csak éppen ki akarjuk emelni azt, hogy készítményeinkben egyaránt láttunk úgy az egyiknek, mint a másiknak megfelelő spirochaetákat.

Tény az, hogy vannak spirochaeták, a melyeknek már az elnevezéséből következik, hogy a szájür állandó parasitái. Ezeket *Miller* spirochaeta dentiumnak, spirochaeta denticolának nevezi, mások spirochaeta oris, spirochaeta buccalis néven említik, német szerzők általában „Zahnspirochaete“-nek mondják. Hogy a fogíny a szájüreghártyás vagy fekélyes gyulladásainál nagy mennyiségben található spirochaeták ezekkel azonosak, azt hisszük, kétségen felül áll. De indokolatlan volna másoknak tartani azokat a spirochaetákat is, a melyek a szájür és garat üszkös folyamatainál (nománál) szerepelnek, a mint ezt *Buday* vizsgálatai bizonyítják, a melyekből egyszersmind kiderül a spirochaeták különös aetiológiai jelentősége is. Részint a bántalom topográfiás jelentkezését, részint a spirochaetáknak alakját tekintve, ugyanezt erősítik meg *Seiffert*, *Perthes*, *Krahn* s mások észleletei. De a mint a bacillus fusiformissal is úgy áll a dolog, a most említett bántalmaknál kimutatható spirochaetákkal megegyezőnek tartják azokat is, a melyek a *Vincent*, *Matzenauer*, *Róna* stb. észleletei szerint kórházi üszöknél, a külső nemi részek phagadeniás, diphtheriás, üszkös gyulladásainál fordulnak elő.

Már most a mi az anginák különböző alakjainál talált spirochaetákat illeti, alakilag némileg különböznek az előbbiektől, és pedig különösen az által, hogy többnyire kevés hullámúak, inkább elnyúltak, lomhák, lapos csavarulatokkal bírnak. De ez nem állandó tulajdonság, mert pl. Máthé is különösen hangsúlyozza, hogy angina eseteiben igen gyakran a betegség kezdetén finom apró csavarulatokkal bíró spirochaetákat nagy mennyiségben kapott. Azonban ezeket az egyébként nem is állandó és csekély különbségeket nem tarthatjuk elegendőnek arra, hogy ennek alapján az anginák spirochaetáit a fentebb említettektől élesen elütőknek mondjuk. Erre vall más észlelőknek szintén a véleménye, a mint az *Eichmeyer* összefoglalásából kitűnik, midőn azt



mondja, hogy: „ist die Identität der Sp. dentium mit dem Schraubenbakterium der Angina Plauti und der Stomatitis ulcerosa mehr als wahrscheinlich“. Annyival inkább látszik ez elfogadhatónak, mert a magunk részéről is megerősíthetjük némi tapasztalatokkal. Nevezetesen tiszta angina ulcerosa-membranosa egy pár esetéből (többek közt a Máthé IV. esete is) sikerült a spirochaetákat a már ismertetett táptalajokban tenyészteni s ezekben éppen olyan finom, apró egyenletes csavarulatokkal bíró spirochaetákat találni, a melyek a mi spirochaetáinktól semmiben sem különböznek. Az látszik ebből tehát, hogy ha kóros termékekben nem is mindig egyeznek teljes tökéletességgel, az esetleg észlelhető csekély különbségek tenyészetekben elenyésznek. Bevalljuk azonban, hogy előttünk is kissé merésznek látszik klinikailag és boncztanilag ilyen különböző elváltozásoknál szereplő spirochaetákat egységekként tartani, de ha a bacillus fusiformisnál kifejtett indokok alapján ugyanilyen álláspontra helyezkedtünk, nem tehetünk másként a spirochaetával sem. Legalább is mindaddig nem, míg ellenkező nézetnek ugyanannyi s ugyanilyen értékű bizonyítékával nem rendelkezünk.

Midőn az eddigiek alapján a mi spirochaetáinkat is azonosnak kell mondanunk a fentebb elősorolt különféle bántalmaknál előfordulókkal, egyszersmind azon nézetünknek is kifejezést kell adnunk, hogy eddigi ismereteink alapján a már többször említett elváltozásoknál szereplő spirochaeták közt — éppen úgy mint a bacillus fusiformisnál — egyáltalán nem állapíthatók meg olyan éles, állandó különbségek, a melyeknek alapján egyelőre jogunk volna fajbeli különbséget is feltételezni, továbbá az általunk mesterséges táptalajban is tenyésztett és „*spirochaeta gracilis*“-nek nevezett spirochaetaféleséget a *sp. dentium* stb. néven ismerttől elkülöníteni.

Önkéntelenül is az a kérdés vetődik itt fel, hogy helyesebb most már és indokolt-e eltérni a Miller által legelőször használt *spirochaeta dentium* elnevezéstől és synonymáitól? Miller a szájür bakteriumflorájának tanulmányozása közben a foglepedékben állandóan megtalálván e spirochaetát olyan időben, mikor erre vonatkozó ismereteink szinte teljesen hiányoztak és másutt még ki nem mutatták, találóan is nevezte el. De a későbbi és sokoldalú vizsgálatokból kiderült, hogy nem lehet ezt a spirochaetaféleséget kizárólagosan a foglepedék vagy csak a szájür mikrobájának tartani, mert nagyságra, alakra teljesen egyező spirochaeta előfordul másutt is. Ugyanis eltekintve a légzőutak és az emésztőcsatorna olyan szakaszaiban támadó elváltozásoktól, a melyekben spirochaeták kimutathatók, s a melyek mégis némileg csakugyan vonatkozásban állhatnak a szájürrel, meg lehetett találni olyan esetekben is, a melyekben egyáltalán nem lehet megállapítani és bizonyítani azt, hogy csak a szájürből kerülhettek a megbetegedés helyére az itt kimutatott spirochaeták. Annyival is inkább, mert a szervezetnek a szájürrel semmi direct összeköttetésben nem álló többféle helyén ép viszonyok mellett is ma már többen mutattak ki azokhoz teljesen hasonló spirochaetákat. Magunk is nem egyszer láttuk külső nemi részek hüvelyváladékában, sőt a nyakesatorna viztiszta nyálkájában, egy esetben különösen nagy mennyiségben. Éppen ezen okokból véltük az előfordulási helyre utaló elnevezést mellőzendőnek, s e helyett bizonyos állandóbb életlani viszonyok között, nevezetesen tenyészetekben tanúsított alakbeli magatartásuk alapján éppen finomságuk miatt „*spirochaeta gracilis*“-nek nevezni.

#### *Cladothrix putredogenes.*

Esetünk bakteriologiai leletének, valamint kísérleteinknek ismertetésénél mindig együtt tárgyalt „bacillusalakok“ és „fonalbakterium“ néven említett mikroorganizmusok összefoglaló jellemzését a következőkben adhatjuk:

Igen változatos, 1—2, 5—6—10  $\mu$  hosszú pálczikaszerű képletek, a melyek vagy egyenesek, vagy kissé mereven hajlottak, többé-kevésbé szögletesek. Leggyakoribb alakjuk az S-alak, a mely sokszor szabálytalan, egyik fele rövidebb, mint a másik. Néha kifelé hajlott szárú V alakot mutatnak, a V szárai között sokszor az egyik rövidebb s vagy egyenes bacillus, vagy kommaszerű, a másik hosszabb, merev S alakú. Egy másik változata inkább egyenlő hosszúságú bacillustagokból álló lánczokban jelentkezik, a melyek anthraxlánczokhoz legjobban hasonlíthatók.

Más részük kóros termékekben 20—30  $\mu$  hosszú fonalakat alkot, a melyek szabálytalanul íveltek, vagy többszörösen hajlottak. Az íveltség vagy görbülés törtvonalszerű, a mi azáltal keletkezik, hogy az egyes görbületeket változatos 1—2 vagy 5—10  $\mu$ -os, sőt még hosszabb tagok is alkotják, a melyek sokszor különböző irányban haladó szakaszokat képeznek. Több napos kultúrákban rendszerint igen hosszú, akár több 100  $\mu$ -t meghaladó fonalak találhatók, hasonlóképen hosszúak a genyes izzadmányokban. Ugy a fonalak, mint bacillusok végei részint legömbölyítettek, részint élesen levágottak. Erre nézve az a véleményünk, hogy a legömbölyített végűek már eredetileg is ilyen bacillusalakok, a melyek fonalakká még nem nőttek ki, míg az élesen levágottak a széttöredezett fonalak egyes tagjai. A fonalaknak bacillusokra való szétesésében bizonyára nagy szerepet játszik a készítmények előállításánál a vizsgálandó anyagnak többé-kevésbé durva dörzsölése, elkenése is, a mellett, hogy az *magának a fonalbakteriumnak egyik jellemző természetrajzi tulajdonsága is lehet.* Involutiós alakjaik részint többé-kevésbé duzzadtak, részint egyenletes vastagságúak, de telve vannak vagy hosszorban elhelyezett coccusszerű szemcsékkel, vagy a halványan festődő fonalban különböző hosszúságú erősen festődő szakaszokat mutatnak, miáltal emlékeztetnek a vasúti vonalaknak térképekben szokásos ábrázolására. Néha végeik erősebben duzzadtak, mi által bunkószerű alakok is támadnak.

Festődésükre vonatkozólag azt találtuk, hogy a használatos anilinszínekkel könnyen és erősen festődnek. A Gram- vagy Weigert-féle festéssel szemben nem viselkednek mindig egyformán, de lényegesen különböznek pl. a bacillus fusiformistól éppen az által, hogy míg ez utóbbinál az involutio állapotában levők intenzívebben festődnek, addig a fonalbakteriumok involutiós alakjai erősen elhalványodnak, vagy akár egészen el is színtelenednek s csak a bennük levő szemcsék veszik fel a festéket. A fonalbakteriumok és a bacillus fragmentatioi izzadmányokban általában elég jól festődnek Gram vagy Weigert szerint, de még ilyen készítményben is találhatók mindig egyenletesen elszíntelenedett fonalak és bacillusok; kultúrákból készült fedőlemezekben pedig sokszor nem sikerül a festés. Szövetekben szintén hasonló magatartást tanúsítanak. Minthogy a fentiek értelmében nem mutatnak e fonalbakteriumok a Gram-Weigert-festéssel szemben állandó tulajdonságot, nem is hisszük, hogy ez az eljárás megbízható és felhasználható volna esetleg más hasonló mikrobától való elkülönítésre, ámbár általánosságban talán mégis inkább úgy látszik, hogy emberi anyagban és szövetekben Gram pozitívnek tarthatók.

Tenyésztésük 37° C-nál sikerült (egy ízben magas szőlő-cukros agarban szigorúan anaerob módon). Kultúrákban az első napokban különösen a bacillusalakok erednek meg, s csak 5—7 nap múlva nőnek ki hosszabb, nagyobb mennyiségű fonalakká. Involutiós alakokat már ekkor nagy számban lehet közöttük találni, a melyek sokszor igen szabálytalanul duzzadtak, szinte varicosusak, néha egy-egy részük gömbszerűen felfúvódott, s nemcsak szemcséket, hanem apró üregeket, vacuolumokat is tartalmaznak. Egy tenyészetünkben készült fedőlemezben számos duzzadt degenerált bacillust láttunk, a melyekben sporafestésnél élénkpirosra festett kerekded vagy ovális képletek mutatkoztak. Igen valószínűnek látszik, hogy ezek csakugyan sporák voltak s hogy e fonalbakteriumok tényleg sporaképzés útján szaporodnak, azonban mivel más készítményekben később nem sikerült kimutatnunk, nem merjük egész határozottsággal állítani azt, hogy sporás bakteriumok. Mozgást nem sikerült megfigyelnünk részükről, sem ostorokat nem találtunk rajtuk. Tenyészetekben való magatartásukra nézve egyebekben utalunk a III. fejezetben elmondottakra.

További jellemző és már szabad szemmel is megállapítható sajátossága e fonalbakteriumnak a szemcsékben való jelentkezése. Kiváltképen megvolt ez az emberi esetből származó genyben, de szinte ugyanilyen mértékben és meglehetősen állandósággal az állatkísérletek genyes folyamatainál. De megtartották e tulajdonságukat nagyobb mennyiségű vérsavót tartalmazó, tehát erősen fehérjedús táptalajokban való tenyésztésnél is. Ezt a szemcséképződést egészen állandónak azért nem mondhatjuk, mert a míg az iménti esetekben meg is volt, addig az üszkös vagy éves folyamatoknál hiányzott, vagy kimaradt akkor, ha a genyes gyuladás ez utóbbiakba ment át. A szemcsék elég változatos



nagyságúak; a melyek már szabad szemmel felismerhetők, volta képen több apró szemcséből vannak összetéve. Metszetekben átmérőjük kitesz 21—60  $\mu$ -t. A geny egyszerű megtekintésénél első pillanatra könnyen tarthatni sugárgombatelepeknek, de tüzetesebb vizsgálatnál, festett készítményekben, különösen metszetekben a sugárgombatelepeknek semmi jellemző sajátosságát sem találhatjuk meg rajtuk. Hogy csak a lényegesebb különbségeket említsük, nem mutatnak pl. sugaras szerkezetet, hiányzanak a fonalak végében képződő hyalinos, acidophil bunkós képletek, a fonalak valódi elágazódásra nem képesek. A sugárgombától való különbözőséget bizonyítja még az is, hogy nem mindig fejlődik szemcsékben, továbbá hogy az actinomykosistól igen eltűnő jellegűek azon kóros elváltozások, a melyekben kísérleteink folyamán a kérdéses fonalbakteriumot kimutattuk.

Már azzal, hogy a bacillusalakokat a fonalbakteriummal mindig egy csoportban tárgyaltuk, jelezni akartuk azt is, hogy együlvé tartozóknak tekintjük s jellemzésükből azt hisszük, eléggé kiderül, hogy ezek a mikrobák a *trichomycetákhoz* tartoznak. Ezek felosztásáról *Petruschky* a *Handbuch d. path. Mikroorg.*-ben megjelent összefoglaló dolgozatában nyújt áttekintést, a melyből csak a meghatározásra szükséges differentiális sajátosságokat emeljük ki. A 4-féle species közül az actinomycesre vonatkozó különbségeket már az imént megemlítettük. A *streptothrixektől*, a melyekre épen a valódi elágazódás és a conidiumláncok képződése jellemző, épen ezek hiánya miatt eltekinthetünk. Hasonlóképpen a *leptothrixektől*, a melyek sem valódi, sem álelágazódást soha nem mutatnak, soha hullámos lefutást nem vesznek, hanem inkább merev, csak alig hajlott fonalakot alkotnak, a melyeken oszlási folyamatot (bacillusalakokra való szétesést) találni nem lehet. Ugy hogy tekintve az általunk vizsgált fonalbakterium főbb sajátosságait, mint az emberi anyagban álelágazódásokat, általában pedig változó irányokban görbült fonalakokat, igen erős bacillus-képződést, valamint a fonalaknak kifejezett fragmentációját, bacillusokra való széttöredezését, ezekben olyan tulajdonságokat árul el, a melyek épen a *cladothrix*-ekre jellemzők. Azt hisszük, hogy ezek szerint minden további bizonyítás mellőzésével azon nézetünknek adhatunk kifejezést, hogy az ismertett fonalbakterium valamely *cladothrix*fajhoz tartozik. (Mindennek ellenére nem kerülhetjük el, hogy legalább említést ne tegyünk még egy mikrobaféléről, melyhez bizonyos hasonlóságot mi sem vitathatunk el s a melyre hasonló tárgyú közlemények is, mint a Beitzkéé, Eichmeyeré, felhívják a figyelmet. Ez a bakterium a *Jensen* által ugyancsak a *Handbuch d. path. Mikroorg.*-ben részletesen ismertett „*Nekrosebacillus*”. Hosszasabban felesleges foglalkoznunk vele, mert eltekintve a jelentéktelen laboratóriumi fertőzéstől (*Schmorl* és szolgálja kicsiny tályogokat kaptak), embernél biztosan még nem mutatták ki. De különösen azért nem foglalkozunk vele, mert épen nem a bacillusalak a jellemző erre a bakteriumra, hanem a fonalképződés, sőt *Ernst* szerint még elágazódás is észlelhető rajta. Ugy hogy méltán kételkedhetünk a bacillusokhoz tartozandóságában s épen *Jensen* nek véleménye alapján („*der Nekrosebacillus gehört sicherlich unter die Fadenbakterien*”) szinte bizonyosnak látszik, hogy a trichomycetáknak az állatokra pathogen valamelyik specieséhez tartozik.

Embernél gyakran találtak már genyedésekben *cladothrix*-eket, mint *Eppinger*, *Rosenbach*, *Garten* stb. Minthogy azonban ezek mind specifikus megbetegedésekre vonatkoznak, felesleges bővebben foglalkoznunk velük. Minket különösen azon fonalbakteriumok érdekelnek, a melyeket a bacillus fusiformissal és a spirochaetákkal együtt mutattak ki. Eltekintve azoktól az esetektől, a melyekben vagy az egyik, vagy a másik mikrobát egymagában találták meg, a gingivitis, stomatitis, nemkülönben a büzös anginák bakteriologiájának leírásánál szinte sohasem hiányzik a bacillus fusiformistól eltérő, változatos alakú bacillusok és fonalbakteriumok megemlézése is. Sőt a tiszta *Plaut* féle anginaesetekben is azok, a kik tenyésztési kísérletekkel foglalkoztak, ha a fedőlemezkészítményekben nem is írják le, de a kulturákban mindig említést tesznek fonalbakteriumokról, a mint erre már a harmadik fejezetben alkalmunk volt reámutatni. A büzös szét-esésekben, különösen üszkös folyamatokban pedig kivétel nélkül mindig találni a fusiformisokon és spirochaetákon kívül a mienkel teljesen megegyező fonalbakteriumokat, és pedig nemcsak az

elkent anyagban, hanem metszetekben, vagy esetleg kulturákban is. Hivatkozhatunk *Silberschmiedt* en, *Eichmeyer*-en kívül *Seiffert*, *Perthes* vizsgálataira, a kik *cladothrix*-féleségnek tartják; ugyanilyen képleteket látott metszetekben *Braun*, *v. Ranke*, *Feldmann*; *Buday* üszkös száj- és garatgyulladásokban *leptothrix*-szerűeknek írja le; sokan *noma-fonalaknak* (*Nomafäden*) nevezik. Általában mindenestre feltűnő körülmény az, hogy részint büzös genyedésekben, részint a szövetek putrid szétesésénél, részint pedig üszkös folyamatoknál ugyanazon jellemző tulajdonságokkal bíró olyan fonalbakteriumot találnak a különböző vizsgálók, és pedig az esetek többségében bacillus fusiformissal valamint spirochaetával együtt, a milyeneket kísérletileg előidézett egészen hasonló elváltozásoknál — egy emberi esetből kifolyólag — magunk is tanulmányozhattunk. Összevetve ezeket a körülményeket, mi határozottan azt a benyomást nyerjük, hogy mindezen esetekben voltaképpen egy és ugyanazon fonalbakterium szerepel. Megerősít ebben a véleményben az alakon és kulturális sajátságokon kívül különösen az a körülmény, a mit igen fontosnak tartunk, hogy ha klinikailag és boncztanilag ugyan némileg eltérő, de lényegükben teljesen hasonló kórfolyamatoknál csaknem mindig ugyanazon bakteriumok társaságában fordul elő. Ezzel természetesen nem akarjuk kizárni azt a lehetőséget, hogy adott esetekben egymagában is tud kóros elváltozást, talán büzös genyedet előidézni. *E cladothrix*-féleséget tehát nemcsak a szájür mikrobái egyik képviselőjének véljük, hanem egyszersmind a már többször említett kórfolyamatok bakteriumflorája egyik igen fontos alakjának tartjuk.

Hogy a kérdéses bántalmaknál e *cladothrix*-nek mi szerepe lehet, azt biztosan nem dönthetjük ugyan el, de tekintettel arra, hogy mindig erős büzképződéssel járó folyamatoknál találjuk, a mások és saját tapasztalatainkra támaszkodva hajlandók vagyunk a szövetek putrid szétesését, valamint az exsudatumok, alvadt fehérjék büzös bomlását is az illető szöveti elváltozásoknál különösen e *cladothrix* hatásának betudni. Ez által e mikroorganizmusnak olyan — némi tekintetben különleges — szerepet tulajdonítunk, a melyet a *cladothrix putredogenes* elnevezés által is jelezni kívánunk.

\* \* \*

Foglalkoznunk kellene a fenti háromféle mikroba „pathogen” hatásának méltatásával is; ez azonban sokkal inkább helyet foglalhat a következő fejezetben a kísérleti anyag bakteriologiai-szövettani vizsgálatánál, a midőn egyszersmind a szövetekkel szemben való viselkedésüket is megismerjük. E helyen inkább e mikroorganizmusok tökéletes különállóságát akarjuk röviden megindokolni, a mit azért sem kerülhetünk el, mert ez által még legújabbban is felszínen levő igen nagy tévedéseket kell kiküszöbölünk.

Nevezetesen még azok az észlelők, a kik az anginaalakokkal foglalkoznak, a fusiformisokat és spirochaetákat különállóknak vélik, addig *Perthes* úgy tünteti fel leírásban és rajzban egyaránt, mint egymásból kinövő, tehát teljesen azonos bakteriumokat.

Erre a tévedésre már *Buday* felhívja a figyelmet, s egyszersmind szövettani vizsgálatai alapján e nézet tarthatatlanságát ki is mutatja. De ugyanazon tévedésbe esett *Silberschmiedt* is, a ki fusiformist, spirochaetát, fonalbakteriumot egyszarmazásúnak tart, s csak különböző fejlődési alaknak. *R. Tunick* pedig még legújabbban is — ez évben — azt a nézetet vallja, hogy a fusiformis bacillusok és hosszú spirillumok egyugyanazon mikroorganizmusnak csupán különböző alakjai. Még gyakrabban vettünk észre tévedést számos szerzőnél különösen a fusiformisok és a *cladothrix*-nek nemcsak bacillusfragmentációi, hanem fonalai tekintetében is. Talán épen azért nem foglalkoznak bővebben e fonalbakteriumokkal, csak épen megemlítik, mert nem is gondolják, hogy mások is lehetnek, mint fusiformisok. (Pl. *Silberschmiedt* nél: „Viele längere, bis zu ganz langen Fäden von 40—70, 150  $\mu$  Länge, dünn, meist schwach gefärbt, nach Gram entfärbt, gebogen und gewunden . . . etc. Die Enden erschienen zugespitzt.” Ugyanő levestenyészetben a következőképpen jellemzi: „Die zusammenhängenden Kolonien bestanden aus solchen Fäden bis einige Hundert  $\mu$  lang, verfilzt, schlecht färbbar, häufig zugespitzt an den Enden etc.”. *Eichmeyer*-nél: „Sehr zarte lange ebenfalls bipolar zugespitzte Gebilde von 12—20  $\mu$ , die bis zu langen



Fäden 50—100—150  $\mu$  auswachsen können. Diese langen Fadenformen kommen im Abstrich relativ selten vor; finden sich dagegen in Bouillonkulturen . . . ziemlich häufig.“ Kulturákban: „Längere zu den Enden zugespitzte Fäden, die keine Gliederung zeigten“, vagy „ . . . bis 80  $\mu$  lange Fäden vom gleichmässiger Färbung und der gleichen Breite in ihren einzelnen Abschnitten.“). Már ebből a pár szemelvényből is azt hisszük eléggé kitetszik, hogy a leírásokból épen nem lehet mindig a bacillus fusiformisra reáismerni, mert az, hogy „die Enden, erschienen‘ zugespitzt“ még nem fejezi ki kétséget kizáró módon a jellemző orsóalakot, lévén több száz mikron hosszú fonalakról szó. A fonalbakteriummal való gyakori összetévesztésre reámutatunk már a bacillus fusiformis egységes jellemzésénél is, úgy hogy bővebben foglalkoznunk ezzel a kérdéssel itt szükségtelen. De a háromféle mikroorganizmus különállóságának bizonyítására felhozzhatjuk azon tapasztalatainkat, a melyeket tenyésztési kísérleteinkből nyertünk. Nevezetesen gyakran láttuk, hogy a spirochaeták csomóban eredtek meg, a melyben sem fusiformisok, sem fonalak nem voltak; hogy a spirochaeták fejlődése rendszeren csak későn, 3—7 nap múlva indult meg; hogy voltak olyan kulturák, a melyekben csak fusiformisok voltak, valamint egyes tenyészetekben a cladothrixek is hiányoztak. Mindezek az egyes mikrobák önállósága mellett szólnak; de különösen kiemelhetjük azt is, hogy sem az emberi anyagban, sem kísérleteink folyamán soha átmeneti alakot nem találtunk, s igen változatos helyzetű egyszerű odatapadáson kívül sohasem volt alkalmunk olyan összefüggést megfigyelni az egyes mikrobák között, a mely csak legkevésbé is a mellett szólna, hogy egyik a másiktól fejlődhetik. Már az által, hogy a háromféle mikroorganizmust teljesen külön jellemeztük és külön neveztük el, egyszersmind azt is feltüntetjük, hogy egyáltalán nem tartjuk egy származásúknak. *Buday* hasonló nézetének megerősítésére hivatkozhatunk a mi vizsgálatainkon kívül azon újabb tapasztalatokra, hogy úgy a fusiformis, mint spirochaeta egymástól és fonalbakteriumtól mentesen található tenyészetekben. Ezek szerint tehát szabályként kimondhatjuk, hogy: a *bacillus fusiformis*, *spirichaeta gracilis* és *cladothrix putredogenes* egymástól teljesen különböző mikroorganizmusok.

## IV.

*Adatok a gangraenák histogenesiséhez.*

A kísérleti állatainktól származó anyag szövettani vizsgálatának leírása helyet foglalhatott volna ugyan az illető fejezetekben, de nézetünk szerint — ha rövidre fogva is — a vizsgálat eredménye megérdemli, hogy külön fejezetet szenteljünk a bakteriologiai-szövettani lelet méltatásának. Indokoltnak látjuk ezt egyfelől azért, mert szigorúan bakteriologiai szempontból a fentebbiekben a bonctani kép és a kulturák ismertetése mellett elegendőnek látszott a fedőlemez-készítmények tüzetes leírása; de másfelől inkább azért, mert a szövettani vizsgálatok olyandolgokra hívták fel figyelmünket, a melyek már nem annyira a szereplő bakteriumok, mint inkább az általuk előidézett folyamatok — különösen az üszkös jellegűek — histogenesis szempontjából bírnak fontossággal. A gangraenák egyes alakjainak ilyen irányú tanulmányozása mind e mai napig *csupán emberi anyagon* volt lehetséges. Csak természetes tehát, hogy ha épen a *tenyészetekkel fertőzött állat kísérleti anyagnak* az előbbivel egyező szövettani lelete áll rendelkezésünkre, nemcsak azokat megerősítő bizonyítékokhoz jutunk, hanem egyszersmind a jelenlevő mikrobák kórokozó hatásáról és a kérdéses folyamatnál való kóroktani jelentőségéről is értékes felvilágosítást nyerünk.

A mint az állatkísérletek összefoglaló részében kimutattuk, a kórlefolyás tekintetében háromféle típust lehetett megfigyelni. Ezek közül a tisztán genyes tályogok szövettani vizsgálata lényegében alig mutat különbséget az esetünkben talált tályogok leletétől. Nevezetesen többnyire széteső genysejtek nagy tömege aránylag ép izomszövettel határolva, a melynek épen csak a tályogfalát képező rétege mutat fehérvérsejtekkel beszűrődött, elhalt zónát. A genyben magában a változó nagyságú szemecskéket alkotó cladothrix putredogenes tömegei láthatók, míg szétszórtan a genysejtek között a coccusokon kívül fusiformis bacillusok, spirochaeta gracilis, valamint a cladothrixbacillus alakjai találhatók változó

mennyiségben. Lényeges eltérést az emberi tályogok leletétől csak a szemcsék szerkezete mutat, a mennyiben az állatoknál a szemcsék tisztán fonalakból, bacillusokból állanak, de fusiformisok nagyobb tömegben azokkal összefüggésben sehol sincsenek.

A gyors lefolyású eses phlegmone esetekben nagyobb fokú genyedést metszetekben sem láttunk, hanem az izomrostok közötti laza kötőszövet pusztult el, s helyén többé-kevésbé széles rétegekben alvadt izzadmány látható, a mely mintha csak bakteriumok összekevert tenyészete volna, olyan nagy mennyiségben tartalmaz coccusokat, bacillusalakokat, spirochaetákat s aránylag jóval kisebb mennyiségben szép hosszú fonalakat. Különösen előtérbe lép az ilyen esetekből készült metszetekben a *coccusok mennyisége*, a melyek részint egyenletesen, de sűrűn szétszórva, részint csoportokban vannak felhalmozódva. A vízzel erősen hígított eses izzadmányból készült fedőlemezekben nem tűnt szembe ilyen kifejezetten épen a coccusoknak ez intenzív felszaporodása. Fontos lelet a coccusok nagy tömege azért, mert azt hisszük, hogy ebben rejlik a magyarázata a kórlefolyamat *phlegmonés jellegének*, a mely igen hasonlít az emberről is észlelhető phlegmonéhoz. A bűzös eses jellegét pedig a többi bakteriumok, nevezetesen a cladothrix, fusiformisok, spirochaeták együttes jelenléte adhatja. A coccusok hatásának kell tudnunk a gyors lefolyást is, s egyszersmind a bizonyára nagy mennyiségben képződő mérgező anyagoknak a súlyos fertőzés kórképét. Jellemző, hogy épen ezen nyulaknál észleltünk magasabb lázakat is.

E kétféle típus imént vázolt szövettani leleténél sokkal fontosabb az üszkös tályogok göröcsői képe. Az üszkösen széteső lágyrészek metszslapján már szabad szemmel észre lehet venni némi rétegzettséget. A legkülső rész szennyesbarna vagy feketés, mállekony, szakadékonyszövevényeszfutatókból áll, a mely alatt egy tömöttebb fakószürkés réteg látható, a melyet az ép izomszövet felé finom, kissé áttűnő, sárgásba játszó zóna határol. A középső fakószürke — a coagulációs nekrosis képére emlékeztető — réteg néha meglehetősen széles lehet. Bakteriumokra festett metszetekben (hígított carbolos fuchsin, Gram-Weigert szerint, Levaditi szerint) a bűzös cszafatok telve vannak mind a négyféle bakteriummal minden szabályszerű elrendeződést nélkülözve, s különösen meg vannak rakva coccusokkal. A középső rétegben coccusok már feltűnően gyéren találhatók, azonban a cladothrixbacillusok és fonalak átszövik az egész területet, egyszersmind nagy mennyiségben ismerhetők fel spirochaeták és fusiformisok is. Egy pár készítményben a fusiformisokat a még festhető szövet határán aránylag nagyobb számmal találtuk ugyan mint a cladothrixet, de ezt szabályként nem lehetett a kísérleti anyagnál felállítani, mert az esetek többségében a cladothrix mindig tömegesebbnek látszott, mint a fusiformis. Ezen belül azután mindinkább gyűrűnek e mikrobák s a *spirochaeták maradnak uralkodó mennyiségben*, a melyek betolakodnak messzire az izomfibrillumok közé is, úgy hogy egyes izomrostokat egészen ellepnek. Meglepő szépen tüntetik ezt fel a Levaditi szerint kezelt készítmények, a melyekben különösen élénken tűnnek fel a halványsárga alapon a fekete, finom spirochaeták. Általában leginkább az izomfibrillumok lefutásával párhuzamosan lepik el az izomrostokat, főleg az aránylag még ép izmokban. A felületesebben fekvő duzzadt, széteső vagy töredezett izomrészletekben pedig már rendetlenül fekszenek s az ilyen elhaló izmokat már a cladothrix is ellepi, mert nemcsak a széli részek vannak megrakva bacillusokkal és fonalakkal, hanem egyes fonalak már az izom állományába is benyúlnak. Sok ideig nem vettük észre a spirochaeta gracilisnek a kísérleti gangraenánál ezt a topographiás elhelyeződését, daczára annak, hogy *Buday* vizsgálatai révén egyenesen fel volt már erre hiva a figyelmünk. S azt is hittük, hogy a gangraenák keletkezése szempontjából a *Buday* teoriájának értelmében nem is használhatjuk fel a gazdag kísérleti anyagot. Ennek oka abban rejlett, hogy kezdetben csak fuchsinos készítményeink voltak, ezekben pedig nemcsak az ép, de az elhaló izmok is oly sötéten festődtek, hogy azokban a spirochaeta gracilist halvány festődése és rendkívüli finomsága miatt lehetetlen volt meglátnunk. (Épen ezért, daczára a Levaditi módszere némi szeszélyességének, ezt az eljárást, mint épen a spirochaeták kimutatására eddig igazán legalkalmasabbat, ki kell emelnünk.) *Tárgyilagoss szövettani vizsgálat bizonyítja tehát, hogy kísérleti gangraenánál a spirochaeta gracilis minden más*



bakterium kísérete nélkül a még festhető, tehát aránylag ép szövetekbe nagy mennyiségben behatol. Ez a tény már egymagában is nagy jelentőségre emeli a *spirochaeta gracilis* a pathogen hatás és az üszkös folyamatok némely alakjainak aetiologiája szempontjából.

Mióta Vincent kórházi üszköknél, Perthes, Seiffert nománál, Matzenauer, Róna a külső nemi szervek hasonló jellegű megbetegedéseinél végzett vizsgálatait az üszkös folyamatokat is, ellentétben a régi elmélettel, határozottan a bakteriumos fertőzések közé emelték, különösen az a kérdés foglalkoztatta a vizsgálókat, hogy a mindig többféle mikroba közül melyik vagy melyek az aetiologia szempontjából a legfontosabbak, s melyik vezet be az üszkös szétesést megelőző szövetelhalást. Egészen felesleges az erre vonatkozó különböző teoriák részletezésével foglalkozni, mert a lényeg az, hogy minden más bakterium — fusiformisok, „noma“-bacillusok, „nomafonak“ (nyilván a mi *cladothrix*ünk) — szóba jött, egyedül a *spirochaetáknak* nem tulajdonítottak semmi jelentőséget; csak Buday, s vele egyidejűleg Ellermann tesz kivételt. A *spirochaetákat* mindenki úgy tekintette, mintha éppen csak a bacillus fusiformissal való symbiosis kedvéért volnának jelen a kérdéses betegségeknél s jelenlétüket úgy magyarázták, hogy a széteső, nekrotikus szövetekben különösen kedvező táptalajra akadnak, hogy abban mint „saprophyták“ szaporodjanak; hogy mint „Schmarotzerek“ a legtöbb esetben a fusiformis bacillussal egyidejűleg mutathatók ugyan ki, a nélkül azonban, hogy ezen symbiosis által a folyamat keletkezésében valami jelentős szereppel bírnának. Ezt a téves nézetet nem korrigálják az összefoglaló munkák sem (Babes, Eichmeyer), akkor a midőn pedig már jóval azok megjelenése előtt kiderült Buday-nak, Ellermann-nak a vizsgálataiból a *spirochaeták* sajátos localisatioja. Buday már többször említett vizsgálatait alapján azt mondja, hogy: „... a száj és garat azon üszkös gyuladásainál, a melyek a szövetek mélyében is minden irányban tovább terjednek, a spirillumok tömeges behatása az ép szövetekbe képezi a szövetelhalás legelső stadiumát.“ Hasonlóképpen kiemeli Ellermann a *spirochaeták* fontosságát és önállóságát, szemben a bacillus fusiformissal, a szövetek kezdődő elhalásánál. Mindenben megerősíti ezt Feldmann legújabbban közölt vizsgálataiban, a melyek részint bűzös genyedéseknél, részint üszkösödésbe átmenő nekrosisoknál észlelt bakteriologiai leletre vonatkoznak.<sup>1</sup>

Hivatkozva a fentebb összefoglalt bakteriologiai-szövettani vizsgálataink eredményére, kísérleti alapon bebizonyítottak tekinthetjük Buday, Ellermann, Feldmann-nak emberi anyag vizsgálataiból nyert észleleteivel megegyezően, hogy a *spirochaeta gracilis* a gangraenának némely (nyilván különleges) alakjánál nagy mennyiségben hatolva a még aránylag ép szövetekbe, azokban olyan elváltozásokat idéz elő, a melyek nekrosishoz vezetnek. Ezáltal egyszersmind elő is készítik a szöveteket más bakteriumok, mint a bacillus fusiformis, *cladothrix*, *coccusok* stb. által feltételezett súlyosabb szétesésekre. Az egész lefolyás menetét úgy képzeljük, hogy a *spirochaeták* által elárasztott részekben a bejutó bakteriumok, fusiformisok, vagy az általuk termelt mérgek teljessé teszik a szövetek elhalását. Az elhalt részek bűzös szétesését pedig különösen a *cladothrix putredogenes* okozza, más esetleg éppen jelenlevő bakteriumokkal, legtöbbször *coccusokkal* együttesen. Tehát a *spirochaetáknak* ilyen esetekben nem egyszerűen „saprophyta“ jellegük van, hanem fontos aetiologiai szerepük.

Dolgozatunk III. fejezetében igyekeztünk némileg megvilágítani azon eshetőségeket, a melyek szerint úgy az emberi anyaggal, mint a tenyészetekkel fertőzött állatoknál a keletkező betegség háromféle alakban jelentkezhetik. Az ott elmondottakat kell még kiegészítenünk e helyen a szövettani lelet figyelembevételével. Erre nézve feltűnik, hogy az elhúzódó tisztán genyes eseteknél különösen a *cladothrix*, a gyors lefolyású éves phlegmonéknál a *coccusok* voltak jelen a többiekhez képest feltűnőbb mennyiségben, de csak mindig az izzadmányokban a szövetek minden súlyosabb alteratioja nélkül. Ezekkel szemben a gangraenás esetek azonos bakteriologiai lelet mellett lényegesen eltérő górcsői képet adtak, a melyre jellemző az egyes bakteriumféleségek-

nek fentebb említett szinte szabályszerű eloszlódása. Hogy miért keletkezett az előbbi esetekben csak aránylag egyszerűbb izzadmányos természetű betegség, emezekben pedig mélyreható, határozottan szövődményesebb és előhaladó jelleggel bíró nekrobiotikus folyamat, midőn a bakteriumok ugyanazok, nem elég magyarázat pusztán a bakteriumok mennyisége. Sokkal valószínűbb, hogy többféle ok is tekintetbe veendő, és hogy a különbségekben egyfelől a virulencia, másfelől a szervezet reactioja, a szöveteknek a bakteriumok behatolásával szemben való ellenállási képessége játszsza a főszerepet.

Ugyanis, ha a jelenlevő mikrobák virulentiája alacsonyabb fokú s e mellett a meg nem viselt, előzetes betegség által le nem gyengített szervezet reactiona képes szöveteinek ellenállási képessége elég erős, akkor akár a bakteriumok összessége, akár az egyikféle túlsúlyra vergődött mikroba által kifejtett ingernek is legfeljebb egyszerű izzadmányos folyamat lesz a következménye, és pedig a megtámadott szöveteknek csak enyhébb jellegű kóros megváltozásával. Így pl. elzárt helyeken tályogképződés; felületeken, speciell nyálkahártyákon lepedékes, álhártyás vagy súlyosabb esetekben fekélyes gyuladás. Ilyennek tekinthetők a gingivitisek, a stomatitisek hasonló alakjait, a melyekben a vizsgálatok szerint különösen a fusiformisok vannak túlsúlyban. Ide tartozónak véljük a hasonló bakteriologiai leletet mutató angínákat is, a melyek különben sem tekinthetők másnak, mint atypusos elhelyeződésű stomatitiseknek (Eichmeyer). Ezeknél is egybehangzó vélemény szerint a fusiformisok tekinthetők kóroktanilag a legfontosabbnak. A *spirochaeták* pedig a szövetekbe nem hatolnak be, nagyobb mértékben nem szaporodnak fel és annyira csekély virulentiájuk vagy éppen avirulensek lehetnek, hogy csak alárendelt szerepük van. Tehát ilyenkor csakugyan „saprophyták“ jelentőségével bírnak. E nézet valószínűségét emeli a *spirochaeták* alakbeli különbsége is, a melyre a meghatározás alkalmával hasonló értelemben hivatkoztunk.

Ha pedig valamely ok — előrement betegségek, kísérleteinkben a hosszas genyedés — miatt a szövetek életereje lefokozódott, tehát ellenállási képessége csökkent, és ezzel szemben az ott tanyázó mikroorganizmusok — közöttük éppen a *spirochaeta gracilis* is — kedvező körülmények közé jutván nemcsak erősen felszaporodnak, hanem virulentiájuk is fokozódik, akkor lényegesen változik a fertőzés további lefolyása is. Nevezetesen a folyamat progressiv jellegét ölt éppen a *spirochaeta gracilis*nek a számára előkészített szövetekbe való előrenyomulása miatt, támogatva a fusiformis bacillusok által, míg az így megtámadott szöveteknek a *cladothrix* és esetleg más bakteriumok behatása folytán a gangraenákra jellemző bűzös szétesése is bekövetkezik.

Természetes dolog, hogy az imént általánosságban vázolt két typus több tekintetben mutathat változatosságot a szerint, hogy miként változnak a körülmények és feltételek részint a megtámadott szövetek, részint az ellenséges mikroorganizmusok által teremtett bonyolult viszonyok között.

Bármiként is álljon a dolog a gangraenák pathogenesiséről részint a mások vizsgálati eredményeire, részint a saját tapasztalatainkra alapított elmélet helyességét illetően, tény az, hogy vannak „üszkös gyuladások“, a melyek úgy a bakteriologiai lelet, mint a szövettani változások tekintetében mindig azonos képet mutatnak. Ezek a gangraenák azon alakjai, a melyeknél a *spirochaeta gracilis*, bacillus fusiformis és *cladothrix putredogenes* soha sem hiányzó mikroorganizmusok. E háromféle mikrobán kívül bárminő más bakterium is előfordulhat az üszkösön széteső szövetekben. Első sorban különböző *coccusok*, azután a legkülönbözőbb más bakteriumok, a melyek vagy a megbetegedés helyének különben is állandó parasitái, vagy másodlagosan jutottak oda; mint pl. diphtheria-, pseudodiphtheriabacillusok, coli-, proteusfajok, spirillumok (t. i. vibriók, kommbacillusok), rothadási bakteriumok stb. De ezeknek mindig csak alárendelt szerepük van a fentebb említettek mellett, a melyek a bántalommal határozottan kóroktani vonatkozásban állanak.

Teljesen indokoltnak látnók tehát a gangraenák ezen alakját egészen elkülöníteni a boncztanilag hozzá többé-kevésbé hasonló más kórképektől mint egységes bakteriologiai és pathobiologiai folyamatot.

<sup>1</sup> Buday tanár szíves szóbeli közléséből tudomásunk van arról, hogy közleményének megjelenése után Vincent, valamint Róna utólagosan levélben megerősítették Buday nézetét.



**Irodalom.** *Abel:* Zur Bakteriologie der Stomatitis und Angina ulcerosa. Ctrbl. f. Bakt., 1898. 24. sz. — *Babes:* Spindelförmige Bazillen. Hdb. d. path. Mikroorg. Ergänzungsband, 1906. I. k. — *Beitzke:* Ueber die fusiforme Bazillen. Ctrbl. f. Bakt., Ref. 1904. 35. sz. — *Bernheim:* Ueber einen bakteriell. Befund bei Stomatitis ulcerosa. Ctrbl. f. Bakt., 1898. 23. sz. — *Buday:* Szöveti és bakt. vizsgálatok üszkös száj- és garatgyulladásoknál. Orvosi Hetilap, 1905. — *Donaghy:* A Vincent-féle angináról. Bpesti Orv. Ujság, Gégészeti, 1906. 1. sz. — *Eichmeyer:* Über Ang. ulc. membr. Plauti etc. Lubarsch-Ostertag. Ergebn. d. allg. Path. etc. 10. Jhrg. 1904—1905. — *Ellermann:* Über die Kulturen der fusiformen Bazillen. Vorläuf. Mitteil. Ctrbl. f. Bakt. Orig., 1904. 37. sz. — *Ellermann:* Einige Fälle von bakterieller Nekrose beim Menschen. Ctrbl. f. Bakt., Orig., 38. sz. — *Eppinger:* Ueber eine neue pathogene Cladothrix etc. Ziegler's Beiträge, 9. sz. — *Feldmann:* Adatok a bac. fusif. spir. dent. tulajdonítható betegségeihez. Gyógyászat, 1906. — *Hoffmann és Prowazek:* Untersuch. über die Balanitis u. Mundspirochäten. Ctrbl. f. Bakt. Orig., 1906. 41. sz. — *Lewkowicz:* Ueber die Reinkulturen des fusif. Bazillus. Ctrbl. f. Bakt. Orig., 1906. 41. sz. — *Van Loghen:* Zur Kasuistik der Streptothrix-Pyämie. Ctrbl. f. Bakt. Orig., 1906. 40. sz. — *Máthé:* Klinikai észlelések a fusospirillaris megbetegedésekről stb. „Purjesz-émlékkönyv“, 1906. — *Miller:* Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Leipzig, 1892. — *Miller:* Ueber eine scheinbar pathog. Wirkung. d. Spir. dentium. Deutsche med. Woch., 1906. 9. sz. — *Mühlens:* Über Züchtung von Zahnspirochäten und fusif. Bazillen etc. Deutsche med. Woch., 1906. 20. sz. — *Nicot és Marotte:* L'angine et la stomatite à bac. fusif. de Vincent et à spirilles. Rev. d. Med., 1901. — *Petruschky:* Die pathogenen Trichomyceten. Hdb. d. path. Mikroorg., 1903. 9—10. Lief. Text. — *Rist:* Neue Methoden u. Ergebn. im Gebiete d. bakt. Untersuch. etc. Ctrbl. f. Bakt., 1901. 30. sz. — *Schaudinn:* Zur Kenntniss der Spirochaeta pallida. Vorläuf. Mitteil. (mit 7 Abbild.). Deutsche med. Woch., 1905. — *Silberschmidt:* Ueber den Befund etc. Ctrbl. f. Bakt., 1901. 30. sz. — *Uffenheimer:* Beiträge z. Klinik u. Bakt. der Angina ulc. membr. Münch. med. Woch., 1904. — *Veszprémi:* Tenyésztési és állatkísérletek a bac. fusif. és spirillummal. Bpesti Orv. Ujság, 1904. — *Zettnov:* Geisseln bei Hühner- und Recurrensspirochäten (mit 2 Abbild.). Deutsche med. Woch., 1906.

## TÁRCZA.

### A budapesti egyetem orvosi fakultásának fejlődése az utolsó évtizedben és a harmadik egyetem.

Az egyetem orvosi fakultásának dékánja a kar tanítótestületének újévi üdvözlétül a budapesti egyetem orvosi fakultására vonatkozó néhány statisztikai adatot küldött. Ez adatok szerfelett érdekesek s kíváncsok, hogy velük az egész orvosi közönség megismerkedjék. A számok első csoportja az orvostanhallgatók számának gyors emelkedéséről tesz tanulságot. 1887 óta, a midőn 1210 medikus volt, a számuk évről évre fogyott s 1899-ben 591-re apadt. Ez idő óta azonban az emelkedés feltűnően gyors s a most lefolyt félévben elérte az 1317-et. Ha számba vesszük, hogy az első évesek száma majdnem 400 s hogy az 5. év végéig az elmaradtak száma átlag 15%, előre látható, hogy egy lustrum múlva 1800, de talán 2000 medikusra kell számítanunk.

Az ország másik orvosi fakultásán is emelkedett az orvostanhallgatók száma. Kolozsvárt a minimum 1898-ban volt 96 orvostanhallgatóval, s mult évben számuk megkétszereződött: 182. Bár a kolozsvári egyetem orvosi fakultásának felszerelése sok tekintetben felülmúlja a budapestiét, mégis a medikusoknak csak 14%-a tanul ott. E jelenség előidézésében sok tényezőnek van szerepe, de legfőbb oka az ország központosításában van. Ugyanilyen központosítás van Franciaországban s ez kifejezésre is jut azon tényben, hogy a medikusok száma a párisi egyetem orvosi fakultásán 3482. A budapesti egyetem orvosi fakultásának látogatottsága mindjárt Páris után következik, a mennyiben Bécsben 1140, Berlinben 1105, Münchenben 1019 medikus tanul.

Nagyon tanulságos azon összehasonlítás, melyből kiderül, hogy Magyarország 1 millió lakosára 71 medikus esik, míg Ausztriában 95, Németországban 104, Olaszországban 208, így tehát nem tulságos sok az orvostanhallgató, hanem kevés az egyetemünk s a két egyetem között is az eloszlás aránytalan.

Az alkalmazott tanerők száma a budapesti egyetemen nem áll arányban a hallgatókéval. A negyedik táblázatból ugyanis kiderül, hogy a fakultásnak mindössze 23 alkalmazott tanára van; annál inkább megszorozott a magántanároké a lefolyt évben: 87-re, kik közül 20-nak van rendkívüli tanári címe. Bécsben 30 nyilvános rendes és nyilvános rendkívüli tanár van, a magántanári kar 184 tagból áll. Egészségesebb viszonyok vannak a

német birodalomban, így Berlinben a 16 rendes tanáron kívül még 44 fizetéses rendkívüli tanár van, Münchenben a 14 rendes tanáron kívül még 26 fizetéses rendkívüli tanár, csak hogy a német birodalomban a fizetéses nyilvános rendkívüli tanárok nem tagjai a tanártestületnek. A magántanári status Berlinben 113, Münchenben 35 tagból áll, egy részük tanári címmel.

A közölt adatokból a következtetések önként folynak. A budapesti egyetem orvostanhallgatóinak száma is meggyőző érv, hogy a tervezett harmadik egyetemen az orvosi karra égetően szükség van. Különben is végzetes hiba volna csonka egyetemet létesíteni. Egy vidéki városban a különböző fakultások tanárainak s tanulóinak kölcsönhatása okvetlenül érvényesül, s így nemcsak az orvosképzés, hanem a közművelődés szempontjából is az orvosi fakultás nélkülözhetetlen. De természetesen ma is igaz Mihalkovics azon kijelentése, hogy „szinglő egyetemre szükség nincsen, az a közművelődésre hasznot nem hajt, elégedetlenséget teremt s felesleges terheket ró az adófizetőkre“.

Valóban helyesen mondja Berzeviczy a harmadik egyetemenről irt nagyszabású tanulmányában, hogy a vidéki egyetem életfeltétele, hogy „kitűnően legyen ellátva a tanulás és tudomány-művelés minden tényezőivel, továbbá főleg, hogy a tanári illetmények elég nagyok legyenek arra, hogy jeles erők jogosult igényeit is kielégíthessék“. Megvallom, hogy 12 év előtt, a mikor Berzeviczy könyve megjelent, azon nézetben voltam, hogy addig, míg a két meglevő egyetem jogosult igényei kielégítést nem nyernek, nem lehet szó egy harmadik egyetem alapításáról. Ez idő óta azonban a törvényhozás és kormány gondoskodásából a budapesti és kolozsvári egyetem legégetőbb szükségletei kielégítést nyertek. Mihalkovics szerint öt millió forint befektetés kellene, hogy azt mondhasuk: „most legalább van két egyetemünk“. Azóta a törvényhozás ez összegnek kétszeresét bocsátotta az egyetemek rendelkezésére s így valóban elérkezett a harmadik főiskola létesítésének ideje. De tisztában kell lennünk vele, hogy ma már nem lehet olyan összegekkel egyetemet alapítani, mint a hogy azt Trefort akarta volt, a ki az első beruházásra 800,000 forintot s évi dotatiora 97,000 forintot vett fel. A kolozsvári egyetem 1907. évi budgetje a Karolina-kórházzal együtt meghaladja a két millió koronát, ennyire kell felvenni a harmadik egyetemét is; az első beruházásokra 10 millió korona kell, ha azt akarjuk, hogy feladatának megfelelően.

Arra, hogy miképen kell s lehet virágzó főiskolát alapítani, a legmeggyőzőbb példa a strassburgi egyetemé.

Még tartott a német-francia háború, a mikor a német egyetemek felemelték szavukat, hogy Strassburgban életerős német egyetemet alapítsanak. 1871 május 24.-én a német Reichstag megbízta a kancellárt a kivitellel s 1872 május 1.-én az egyetem már meg is nyílt. Igaz, hogy Bismarck az egyetem első curatorának, báró Roggenbachnak (volt miniszter) azt a zutasítást adta, hogy ha szükséges, borítsa arannyal a tanárokat, de elsőrangú erőket szerezzen! Azt is jó tudnunk, hogy a 10 porosz egyetem évi rendes kiadása 15 millió márkára rug s negyedszázad alatt a beruházások összege kb. 70 millió márkát tett.

A magyar közoktatásügyi tárcza budgetje 1893-ban 20 millió korona volt, ma több mint 70 millió s 1908-ra a 80 milliót el fogja érni; ilyen keretben kielégítést kell nyernie a felső oktatás igényeinek is!

Grósz Emil.

## XII. szünidei orvosi cursus.

A budapesti egyetem orvosi fakultásának előadói 1906. december hó 15.-én tartották meg szokásos értekezletüket, melyen a XII. szünidei orvosi cursus vezetősége beszámolt sáfárkodásáról.

Az értekezleten az előadók nagy számmal jelentek meg: 40-en.

Grósz Emil elnök megnyitójában megindokolja, hogy miért nyitották meg a lefolyt évben ünnepélyes közgyűléssel a cursust. A berlini Kaiserin Friedrich Haus megnyitó ünnepélyének benyomása alatt az elnökség az intézmény érdekében az uralkodóház s a kormány érdeklődését igyekezett megnyerni. Ennek eredménye volt, hogy József főherceg és Augusta főhercegné asszony szemé-



lyes megjelenésükkel tisztelték meg a közgyűlést. Ennek jelentőségét Korányi Frigyes köszönő beszéde legjobban kifejti.

Ezután visszatekint a lefolyt cursuskra: 1883-tól 1897-ig csak öt cursust tartottak. 1899-ben újból revideálták a rendezés módját s azóta évente tartattak cursusok. Az utolsó három év alatt 248 orvos vett részt. Bejelenti, hogy a pozsonyi állami kórházban két hónapra át heti egy napon tartott cursuson ez évben is 14-en vettek részt.

A vallás- és közoktatásügyi minister Tóth Lajos tanár min. tanácsos közbenjárására 1000 koronával támogatta a cursust, s minthogy a rendezés kiadásait a 20 korona beiratási díj fedezte, majdnem az egész összeget pénztári maradványul átadják a jövő cursus vezetőségének.

Ezután megindokolja a végrehajtó bizottság javaslatát. Az intézménynek nincsenek alapszabályai, ilyeneket most sem javasolnak. Most is azon alapelvek alapján állanak, melyeket az 1886. évi értekezleten Dollinger Gyula javaslatára elfogadtak. A múlt évben Eröss Gyula indítványozta, hogy állandóbb szervezetet létesítsenek. A végrehajtóbizottság ezen mandatum alapján terjeszti elő javaslatát. Ezután a jövő cursusok kedvező kilátásairól szól. Reá mutat, hogy mennyire megszorodott a tanulás alkalmá, s a párhuzamos klinikai telep felépültével 1500 ágy fog állani magán az egyetemen a továbbképzés szolgálatában, megszorodott a kórházak száma, felépült az új poliklinika, kilátás van arra, hogy a kolozsvári egyetem is rendez szünidei orvosi cursusokat. Szükségesnek tartja azonban, hogy a vidéki orvosok segítséget nyerjenek a cursuson való résztvevétel céljából s az előadók is részesüljenek díjazásban. Különösen azok, a kik nincsenek hivatalos alkalmazásban. Végül köszönetet mond az előadók, a végrehajtóbizottságnak, s különösen a titkárnak támogatásáért, s a midőn három évi működés után a vezetőség lelép, kijelenti, hogy a rendezésben semmi más nem vezetett s nem is vezethette, mint a hallgatók érdeke. Temesváry Rezső titkár részletes jelentését az értekezlet tudomásul vette s a felmentvényt megadta. Az elnök ezután előterjeszti a végrehajtóbizottság javaslatát:

1. Az előadók értekezlete 3 évi cyclusra 8 tagú végrehajtó bizottságot választ, a 3 év leteltével ezek fele kilép, de újból megválaszthatók. (Első ízben sorshúzás útján történik a kilépés.)

2. A bizottság kiegészíti magát a vallás- és közoktatásügyi ministerium egyetemi osztályának, s a belügyministerium egészségügyi osztályának vezetőjével, s még 3 kórházi igazgatóval, kiknek egyike vidéki kórház élén áll. A ministeriumi előadók állandó tagok, míg az utóbbiak mandátuma a 3 éves cyclusra szól.

3. A bizottság a maga sorából évenként ügyvezető elnököt választ s a 3 évi cyclusra titkárt, ki esetleg a bizottságon kívül álló egyetemi előadók sorából is lehet.

4. A titkárnak a bizottság évenként tiszteletdíjat állapít meg.

5. Az újonnan választott bizottságot az előző cursus tisztikara hívja össze.

Ezekkel szemben Kétly Károly többek nevében a következő javaslatokat teszi:

1. Az értekezlet elnököt és titkárt s nyolcz tagú végrehajtó bizottságot két évre választson. A bizottsági tagok fele minden év végén kilép, de a kilépők újból megválaszthatók.

2. A szünidei orvosi cursus előadója s a végrehajtó bizottság tagja csakis egyetemi előadó lehet.

3. A titkár ne kapjon tiszteletdíjat, de munkájának könnyítésére a végrehajtó bizottság pénztárost választhat.

4. A jövő vezetőség lépjen érintkezésbe az egyetemi tanzsékek képviselőivel, hogy a cursus tartama alatt az összes egyetemi klinikák és intézetek nyitva álljanak a hallgatók számára még azon esetben is, ha ott éppen nem is hirdetnek collegiumot. Az értekezlet túlnyomó többséggel Kétly Károly javaslatát fogadta el.

A tisztújítást ezek alapján ejtették meg. A választás eredménye a következő: Elnök: Korányi Sándor; titkár: Illyés Géza; bizottsági tagok: Bókay János, Dollinger Gyula, Eröss Gyula, Grósz Emil, Jendrassik Ernő, Nékám Lajos, Temesváry Rezső, Tóth István.

## Iparüzem és tüdővész.

Ha az ipari termelés és az ijesztően terjedő tüdővész közti okozati összefüggés, melyet még a közelmúltban is csak egynémely kiváló éleslátással megáldott szakférfi sejtethetett, ma már a társadalom köztudatába készül átmenni: akkor ezen közegészségügyi és sociális vonatkozásaiban egyaránt nagyfontosságú tény felismerését első sorban ama mozgalomnak tudhatnók be, mely a múlt század 80-as éveiben Németországban hivatalból megindított és a munkásbiztosítás fokozatos kiépítésére vezetett. És különösen a rokkantbiztosításnak nevezett ága ezen áldásos intézménynek az, mely a törvényileg reá bízott hatáskörben<sup>1</sup> csakhamar a tüdővészben rejlő állandó társadalmi kockázatot felismerte és tőle telhetőleg a valódi nagyságában felismert veszedelem ellensúlyozására és elhárítására a küzdelmet felvette.

Az irigység keserű érzete kell hogy elfogjon, ha az időközönként közzétett mintaszerű jelentésekből eme ádáz harez hihetetlen nagy arányainak, s az érdekében kifejtett buzgalomnak és odaadásnak számszerű bizonyítékait tekintjük. Így pl. a német birodalmi biztosítási hivatalnak előtünk fekvő 1905. évi jelentése az 1900—1904. években tüdővész miatt kezelt biztosított munkások számáról, a betegedési napokról, az abszolút valamint fejenként felmerült ápolási költségekről a következő kimutatást tartalmazza:<sup>2</sup>

Év	Tüdő-vészesek száma	Ápolási napok		Ápolási költségek márkában		
		abszolút	egy betegre	abszolút	egy betegre	egy napra
1900	11.150	823.337	74	3.765.162,89	339,39	4,57
1901	14.757	1.095.407	75	5.034.796,63	343,53	4,60
1902	16.516	1.249.173	76	5.858.615,21	355,30	4,69
1903	20.171	1.538.908	76	7.409.490,55	367,75	4,81
1904	23.511	1.785.924	76	8.474.281,49	360,96	4,75

Az anyagi érdekeltég, mely a fenti számok szerint a tüdővész és a betegsegélyző pénztárak között nyilvánul, érthetővé teszi, hogy másutt is, mivel az ipari munkásság tudvalevőleg mindenhol ugyanazon, a modern ipari termelés szülte külső viszonyok között kénytelen tengődni, csakhamar e szörnyű betegség elleni védekezés szükségét belátva, kutatni kezdték azon speciális okokat, melyek az ipari munkásságot ily rendkívüli módon veszélyeztetik. Még pedig első sorban a betegsegélyzői és vállalati orvosoknak érdemeül tudandó be, hogy manapság az iparüzemben rejlő kóroktani viszonyok felismerésében már nagy haladást tettünk. Az idevágó óriási anyagnak csak vázaltszerű, de áttekinthető bemutatását nagyban elősegíthetjük, ha előbb az egyes iparágak és a tüdővész közötti összefüggésről tájékoztató, általános statistikára hívjuk fel az olvasó figyelmét, melynek értékét ama körülmény is növelheti, hogy egy négy évi nagy emberanyagban tett megfigyelés átlagos eredményét mutatja be.<sup>3</sup>

I p a r á g	Férfiak		Nők	
	tag-forgalom	tüdő-vészes	tag-forgalom	tüdő-vészes
I. Mezőgazdaság	563	13	393	12
II. Dohánygyári ipar	466	24	3333	125
III. Élelmészeti ipar	798	31	887	18
IV. Vegyi ipar	515	7	430	10
V. Papír- és bőripar	2383	104	1563	61
VI. Kő-, föld- és agyagipar	1567	304	72	2
VII. Szövő- és fonóipar	275	8	431	11
VIII. Gépgyártásipar	1560	57	163	—
IX. Fémüipar	8852	198	570	9
X. Faipar	4459	176	1150	37
XI. Ruházati ipar	2654	139	4848	133
XII. Építési ipar	5128	242	29	10
XIII. Nyomdaipar	2535	158	1224	74
XIV. Keresmaipar	2110	56	5199	41
XV. Kereskedelem	10.834	249	4913	108
XVI. Közlekedési ipar	1876	37	—	—

<sup>1</sup> Az 1899. évi július 13-án kelt rokkantbiztosítási törvény 18—23. és 47. §§-a. (R.-G.-Bl. 463. oldal.)

<sup>2</sup> Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes 1905. (Beiheft. Berlin, 1905. Verlag von A. Asher & Co. 50 lap.)

<sup>3</sup> Geschäftsbericht der Ortskrankenkasse zu Dresden auf das Jahr 1904. Anhang 2. Berufs- und Erkrankungsstatistik der Kassenmitglieder für die Jahre 1900—1903.



Áttérve a fentiekből levonható tanulságok fejtegetésére, azt látjuk, hogy a férfiak közül aránylag a legtöbb tüdővészessel a kő-, föld-, agyag-, üvegiparban találkozunk (304), oly jelenség, mely ritka törvényszerűséggel minden statistikában visszatér és ama a beavatottak előtt már régen ismeretes körülményből ered, hogy az ezen iparágba tartozó kő-, kavics-, márvány-palabányákban, téglagyárakban, üvegutakban alkalmazott munkások első sorban vannak kitéve az oly ártalmas ásványporoknak. Ezen állításunkat csak megerősíti ama, ugyancsak a fenti táblázatból kitűnő nagyfokú megbetegedési szám, mely az építkezési iparban alkalmazottakat jellemzi (242) és természetes magyarázatát leli ama közismertes tényben, hogy az építkezésnél kő, agyag-, márvány-, cement-, mészfélék használatnak. Az ásványpor ártalmassági skáláját Weyl<sup>1</sup> állapította meg és ez szerinte a következő: malom-, gránit-, homokkő-, márvány-, cementpor. A kőfaragók életkora csakugyan feltűnően rövid: Ludwig szerint 47, Eulenburg szerint 37, Neuville szerint 39<sup>16</sup> év.<sup>2</sup> Sommerfeld szerint a különféle pornemek a következő arányt mutatják (1000 tüdővészre vonatkoztatva):

- a) portmentes üzemekben . . . . . 381·00‰
- b) ásványporos üzemekben . . . . . 403·40‰
- c) fémporos üzemekben . . . . . 470·60‰
- d) szervesporos üzemekben . . . . . 537·04‰

Az ezen adatokból kitűnő nagy ártalmassága a fémiparban megerősítést lel a fenti általános áttekintést nyújtó táblázatunkban is, a mennyiben szerinte a fémiparban alkalmazottak a tüdővészből való megbetegedéseket tekintve nyomban az építési ipar után sorakoznak (198). Oly feltűnő és a közfelfogással ellentétes jelenség, mely bővebb magyarázatra szorul, mert rendszerint az itt tekintetbe jövő vasöntők, kovácsok, lakatosok, reszelők, bádgosok, csavarvágók, fúrók, szerelők, rézművesek erős alkatú és szívós természetű embereknek tartatnak. Pedig e nézetünkre alaposan ráczáfolyhatnak az összes iparegészségügyi statistikák és kutatások. Megtudjuk belőlük, hogy épen ezen munkáscsoportból szedi a tüdővész legtöbb áldozatát, mert ők vannak kitéve a fémipar károsító hatásának s különösen a hirhedt olompor az, mely szervezeteiket aláássa és a tüdővészre való hajlamosságot megteremti. Ez a jelenség okozati összefüggésben áll ama feltűnő nagy számú tüdővész-esettel, mely a nyomdaiparbeli munkások között fordul elő, a mely nyomdamunkások, bár legtöbb esetben eleve gyengébb és kevésbé ellentálló egyénekből kerülnek ki, szintén az olommérgezés előkészítette tüdővész korai prédái.

A tüdővész okozta közgazdasági kárt abban is kell látnunk, hogy e borzasztó kór a legjobb korban levők közül szedi áldozatait és idejekorán megfosztja a családot fenntartójától, a mint ezt az alábbi, a „budapesti kerületi betegsegélyző pénztárnak“ 1904. évi jelentésében foglalt kimutatás is bizonyítja:<sup>3</sup>

Meghalt tüdővészesek kora:

Év	14—20 év		20—30 év		30—40 év		40—50 év		50—60 év		60—70 év	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
1902	16	11	60	21	54	16	38	5	17	—	7	2
1903	15	19	65	31	62	6	46	1	12	1	7	1
1904	22	22	84	40	68	12	26	3	13	1	5	—
	105		301		218		119		44		22	

Összegezvén az eddigieket, a férfi-munkásokat a tüdővészből való korai megbetegedéssel fenyegető iparágakról a következő veszélyességi sorrendet adhatjuk:

- 1. Kő-, föld-, agyagipar . . . . . (VI.)
- 2. Építési ipar . . . . . (XII.)
- 3. Fémipar . . . . . (IX.)
- 4. Faipar . . . . . (X.)
- 5. Nyomdaipar . . . . . (XIII.)

<sup>1</sup> Weyl: Gewerbehygiene.

<sup>2</sup> Iparegészségügy. 1905. évfolyam, 26. szám.

<sup>3</sup> 1904. évi jelentés 58—59. oldal.

- 6. Ruházati ipar . . . . . (XI.)
- 7. Bőr- és papiripar . . . . . (V.)
- 8. Gépgyártásipar . . . . . (VIII.)
- 9. Koresmaipar . . . . . (XIV.)
- 10. Közlekedési ipar . . . . . (XVI.)

Az ezektől eltérő viszonyok, melyek a női munkásokat jellemzik, abban lelik magyarázatukat, hogy a női munka ocsósága és jellemző sajátossága eleve más iparcsoportokra utalja őket, nevezetesen azokra, hol a himzés, varrás, szövés, kötés, csomagolás stb. mint kézbeli ügyességet kívánó könnyebb foglalkozások követeltetnek meg. A mint tudvalevőleg ott, hol a kivándorlás okozta férfimunkahiányt nem igen ismerik, a női munkásokat főleg a dohány-, czukorka-, papir-, bőr-, szövő-, fonógyárakban, a koresma-, nyomdaiparban találjuk alkalmazva. A női nem közismertes gyengébb szervezete és ellentállóképessége csakhamar megsynyli a modern ipartermelés követelte hosszú munkatartamot és a zárt helyiségekben való állandó tartózkodást, a mit ama körülmény csak súlyosbíthat, hogy foglalkozás közben rendszerint ülő helyzetben kénytelenek vesztegetni. A vázolt sérelmek az iparágak következő, a férfiakra felállítottól eltérő veszélyességi sorrendben is határozott kifejezést találnak.

- 1. Ruházati ipar . . . . . (XI.)
- 2. Dohánygyári ipar . . . . . (II.)
- 3. Kereskedelem . . . . . (XV.)
- 4. Nyomdaipar . . . . . (XIII.)
- 5. Papir- és bőrpar . . . . . (V.)
- 6. Faipar . . . . . (X.)
- 7. Koresmaipar . . . . . (XIV.)
- 8. Élelmészeti ipar . . . . . (III.)
- 9. Szövő-, fonóipar . . . . . (XI.)
- 10. Vegyi ipar . . . . . (X.)

Azonban hamis, mert egyoldalú volna bizonyításunk menete, ha kizárólag az ipari termékek feldolgozásánál nagymérvben fejlődő port okolnók a tüdővész feltűnő terjedéseért. Egyenrangú károsodási tényezőnek kell a munkahelyiségek egészségtelen voltát, levegőjüknek ártalmas hatását mondanunk. A nálunk sajna szótlanul türt és immár megrögzött mellőzése az iparegészségügyi ismereteknek vonja maga után, hogy a telepengedélyezésnél, valamint régebbi épületeknek ipari célokra való átalakításánál a hygienia figyelembe nem vétetik és a munkásvédelmi szükségletek megállapítására csupán a „műszakilag képzett“ iparfelügyelők, sőt az elsőfokú törvényhatóság laikus elemei tartják magukat illetékesnek. Sőt ebbeli ténykedésüknél ipartörvényünk (1884: XVII. t.-cz. 25. §-a) világos rendelkezése értelmében első sorban arra kell tekintettel lenniük, vajjon „az üzlettelek felállításával a szomszédos birtokosokat vagy lakókat, avagy egyáltalában a közönséget nem háborgathatja, károsíthatja vagy veszélyeztetheti az új iparág gyakorlása“?

Pedig a ki a munkahelyiségeink építészeti berendezését ismeri, a ki tudja, hogy legtöbb esetben más célokra fel nem használható, ódon és nedves épületeket szemelnek ki, a ki továbbá a városainkban mindinkább terjedő szokásnak, hogy a földalatti helyiségeket (souterrain) bizonyos előszeretettel adaptálják, egészségellenes kihatását értékelni tudja: az ugyancsak csodálkozhatik, hogy sem a munkásoknak fokozott morbiditása, sem a külföld jobb példája nálunk e tarthatlan állapotok változtatására eddig nem vezetett. Annál felháborítóbb az iparhygieniai követelmények eme mellőzése, mert a belügyministerium 1901. évi augusztus hó 9.-én 71,169 sz. a. kelt „a talajnedvesség behatolásának megakadályozására szolgáló intézkedésnek az építkezési szabályrendeletekbe való felvétele tárgyában“ kiadott rendeletében csupán a lakóházak falainak a talajnedvességtől való megóvását tartja fontosnak és félős, hogy e tág értelmű kitétel sok munkaadónak és leleményes ügyvédjének alkalmas ürügyül szolgálhat annak vitatására, vajjon a gyári helyiségek minősíthetők-e egyáltalában lakott helyiségeknek?

A tulajdonképeni céljaiknak berendezett ezen munkahelyiségekben rejlő nagy egészségügyi kockázatok kóroktani jelentőségét annyival is inkább mindig szemmel kell tartanunk, mert kívülük még a munkás otthonának, magánlakásának számos



közismeretes károsodása is közreműködik az ipari munkás hihetetlen nagy tüdővész-morbiditásának a teremtésében. A kötetekre menő lakásnyomorleírásoknak csak kivonatszerű visszaadását is tiltja eme dolgozatunk kerete; de nyomtatékosan utalni rájuk kötelességünk, mert a számtalan, épen napjainkban foganatosított lakásügyi statistikából<sup>1</sup> önként feltoluló borzalmas tanulságok elől ha kitérnénk, az iparüzem és tüdővész közötti okozati összefüggés kimutatására szánt eme cikkünk fogyatékosnak bizonyulna. De nemcsak a munkás és családja, hanem a *fogyasztó közönség* állandó veszélyeztetése is rejlik a munkáslakások egészségellenes voltában, mert tudjuk, hogy számos iparcikk az *otthon-munka* terméke; vagyis ott készül, hol hihetetlen sok esetben a legkülönbözőbb ragályos betegségekben szülő családtagokkal vagy albérlőkkel osztja meg lakását a munkás. E borzalmas képről fogalmat nyújt a „Berliner Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker“ nevű betegsegélyző pénztár kiadványának bármelyik füzeté, mert megtudjuk, hogy Berlinben 1904-ben *ablak nélküli*, 6—20 cm<sup>2</sup> területű helyiségben 120 beteg munkást találtak, ugyanily nagyságú, de *egy ablakkal* bíró helyiségben pedig 5850 beteg embernek kellett megvonulnia! Vagy hogy a megvizsgált 14,021 pénztári beteg lakása közül 735 *pinczelakás*, 320 *padláslakás* volt, melyeknek magassága 1 m. 60 cm. és 3 m. között váltakozott. Ennél csak az alábbi összeállítás révén nyert benyomás még borzasztóbb, melyből megtudjuk, hogy a beteg munkásoknak *hány társsal kellett éjjel és nappal is a szobát megosztaniok?* [Lettek legyen azok családtagok (A) vagy albérlők illetve ágybajárók (B).]

A beteg lakott	A) Férfiak		Nők		B) Férfiak		Nők	
	nappal	éjjel	nappal	éjjel	nappal	éjjel	nappal	éjjel
Egyedül ...	416	612	594	662	568	452	238	244
1 társsal ...	1033	1765	1091	1588	430	532	150	203
2 „ ...	1505	1718	1301	1582	156	262	67	61
3 „ ...	1328	1192	1086	1001	76	77	39	17
4 „ ...	1014	652	809	549	54	13	26	11
több társsal	1091	448	874	373	57	5	18	2

Kinek nem jutnak eszébe ilyenkor ama megszívlelendő szavak, melyeket Gruber<sup>2</sup> a híres müncheni hygienikus használ, midőn a zsufolt lakásokról a következőket írja: „Nicht allein beim Husten und Niesen, sondern auch beim Räuspern und beim Sprechen verspritzen wir beständig feinste Tröpfchen von Speichel, Mund- und Nasenschleim. Der Schwindsüchtige mit offener Tuberkulose trägt nun immer Tuberkelbacillen auf der Schleimhaut seines Mundes, seines Rachens und diese Bacillen werden natürlich mit verspritzt. Die Gefahr durch diese Tröpfchen ist gross, wenn man in der Nähe von 80—100 cm. in horizontaler Richtung sich befindet. Glauben Sie, dass diese Gefahr sich vermeiden lässt, wenn 4 und 5 und noch mehr Personen in einem Zimmerchen zusammengepfercht leben, Gesunde und Tuberkulöse das Lager theilen müssen? Wundern Sie sich, wenn 88 und 91, 93 und 98 Procente der Proletarierleichen tuberkulös inficirt befunden werden? Bei solchem Wohnen muss die Bekämpfung Stückwerk bleiben, muss der anticontagionistische Apparat versagen!“

\* \* \*

A tüdővész sikeres leküzdése csak ott remélhető, hol az előretörékvő tudományosság és áldozatkész altruizmus egyesül. A ki a phthiseotheraia történetéből tudja, hogy épen e betegség kezelésében a reménydús polypragmasia és a fásult nihilizmus váltotta fel egymást, és a ki mérlegeli, hogy a hosszú idők szentesítette és nagy tekintélyek hirdette balhiedelmek megdön-

<sup>1</sup> Ausztriában csak a múlt évben látták újból szükségét annak, hogy a munkahelyiségek berendezését rendeletileg szabályozzák. Lásd: Wiener Zeitung, 1905. november 28.-án közölt belügyministeri utasítás. (R.-G.-Bl. LXXI. 176. sz.)

<sup>2</sup> Brentano: „Wohnungszustände und Wohnungsreform in München.“ 1904. Verein für Socialpolitik, Bd. 30—31. „Die Wohnungsnoth der ärmeren Klassen in Deutschland.“ 1886. Alb. Kohn: Unsere Wohnungs-Enquete 1903/4. 2 kötet. Berlin. — Tuberkulose u. Wohnungsnot. Berlin. Verlag Bodenreform.

téséhez mennyi hősiesség és elszántság kell, az felismeri ama nagy érdemeket, melyeket Brehmer a tüdővész gyógyíthatásáról szóló elvének felállításával és védelmezésével, Koch pedig a tüdővész kóroktana körül magának szerzett.

Brehmer nevéhez fűződik az úgynevezett *physikális-diaetikus* kezelési módszer ajánlása és tudományos megokolása. Lankadatlan buzgalmának tudandó be, hogy e kezelési rendszer manap már az orvosok köztudatába ment át, s hogy azt a tehetős német rokkantbiztosítási intézetek is kizárólag alkalmazzák, bizonyítékul annak, hogy a vele elért eredményeket biztatónak és az érte hozott pénzbeli áldozatokat épen úgy emberbaráti, mint gazdasági szempontból indokoltnak tartják. A széles keret, melyben jelenleg a német rokkantbiztosítás mozog, s az általa felöltött beteganyag páratlan nagysága érthetővé teszi, hogy a tüdővész elleni küzdelem minden phasisát s az elért eredményeket a tudományos világ is nagy figyelemmel kíséri. Különösen arra való tekintettel, vajjon a *physikális-diaetikus* kezelés mellett: a) a tüdővérszesek egyáltalában, b) hány százalékban gyógyulnak és c) az ily módon elért gyógyeredmény meddig tart, illetve mely időtartamon belül várható a visszaesés?

Ily irányú vizsgálódások — miként ezt a német biztosítási hivatal (Reichsversicherungsamt) 5—5 évenként végzett statisztikai utószemléi bizonyítják — azon öröndetes eredményre vezettek, hogy a *kezdő szakban* kezelés alá került tüdővérszeseknél elért gyógyeredmények mindinkább kedvezőbbek.

Mert míg az 1900-ban kezelt tüdővérszesek közül a kezelési évre következő második és harmadik évben 49 illetve 41% bizonyult munkaképesnek: addig az 1901-ben kezeltéknél már 55 illetve 49%, sőt az 1902-ben kezeltéknél már 58 illetve 50%-ban találtak állandó gyógyulást. Annál öröndetesebb és biztatóbb ezen eredmény, mert az 1897—1900-ig terjedő időszakból nyert eredményt 4%-kal *ad bonum vergens* felülmúlja.

Ezen a maga nemében páratlan sikert aligha érték volna el, ha a német orvosok hirdette tanokhoz nem alkalmazkodtak volna és ritka áldozatkészséggel követeléseiket, a mennyiben a betegápolásra vonatkoznak, nem teljesítették volna. Ennél aktuálisabb tárgyat maga Koch sem talált akkor, midőn nemrég a Nobel-féle tiszteletdíj átvételekor a tüdővész elleni küzdelem eddigi történetét vázolta és indicatioit tudományosan megindokolta.<sup>1</sup> Szerinte:

a) A betegség *kezdetén* levők, főleg ha rossz külső viszonyok között kell élniök, minél előbb az e célra berendezett *sanatoriumokba* (Heilstätten) utasítandók, hol a *physikális-diaetikus* gyógykezelésnek alávetve, a kór terjedését sok esetben megakasztjuk, és a mi épen oly fontos, a betegeket a köpetükben rejlő nagy közveszélyességről meggyőzve, a fertőzés határait szűkebbre szoríthatjuk.

b) Az *előhaladottabb* stadiumban levők „elvből“ *kórházakba* küldendők, hol egyrészt jobb ápolásban és ellátásban részesülhetnek, mint szegényes otthonukban, másrészt így a családjukat is a fertőzéstől megóvhatnók.

c) Azok számára, kiknek betegsége oly fokú, hogy a sanatoriumbeli kezelésre már nem, illetve a kórházra még nem alkalmasak, ajánlja az úgynevezett *dispensaireket*, melyek alapjukban *kizárólag* *tüdőbetegek* számára létesített *rendelőintézetek* illetve poliklinikák, hol a beteg ingyenes orvosi tanácsot és gyógyszert kap.

Eme francia eredetű jóléti intézmény már Németországban is nagyon elterjedt (50 város már létesítette), sőt itt már annyira túllépte a tervezőjétől (Calmette) vont eredeti határokat, hogy a beteget *anyagilag* is segítyezik és lakásügyi, ételmezési, ruházati viszonyainak javításában is közreműködnek. Fontos kiegészítést teszi a *dispensairek* áldásos működésének a *családtagok* állandó szemmel tartása és az *időközönkénti orvosi szemle* azon célból, hogy a fertőzés legcsekélyebb gyanujánál is már az illetőt a szakszerű kezelés és ápolás jótéteményeiben részesíthessék. Eme „*Familienfürsorge*“-nek nevezett humanus működés jogultságát élénken megvilágította Le Camp dr., kinek 1905. évi beszámolójából kiténik, hogy Berlinben 750 tüdővérszes beteg családjában 240 nőt és 199 gyermeket kifejezett tüdővérszük, 656 gyermeket pedig görvéllykórjuk miatt kezelésbe venni kényszerültek.

<sup>1</sup> Sociale Praxis, 1906. 14. szám, 362. lap.



A mi a kezelték visszaesési hajlamát illeti, a többször idézett német birodalmi biztosítási hivatal utolsó jelentése alapján kiderült, hogy még ugyanazon évben hat, a következő években pedig 77, 48, 27 és 20 beteget kellett (1000 közül) újból kezelésbe venni.

Végül ideiktatjuk az alábbi tanulságos és érdekes kimutatást, mely az ápolási költségeket fejenként és naponként és az ápolás időtartamát napokban kifejezve tartalmazza:

	1900	1901	1902	1903	1904
1. Ápolási költségek fejenként:	Márka	Márka	Márka	Márka	Márka
a) férfiaknál.....	345.13	348.58	360.20	373.84	373.91
b) nőknél.....	321.12	329.34	341.43	350.30	327.28
2. Ápolási költségek naponként:	Márka	Márka	Márka	Márka	Márka
a) férfiaknál.....	4.78	4.82	4.89	5.04	5.01
b) nőknél.....	4.00	4.03	4.19	4.23	4.10
3. Ápolási napok száma:	Nap	Nap	Nap	Nap	Nap
a) férfiaknál.....	72	72	74	74	75
b) nőknél.....	80	82	82	83	80

Annál megszívlelendőbb a németek eme áldozatkészsége, mert miként Koch mondá: „*Der Kampf gegen die Tuberkulose ist nicht von Oben herab diktiert, sondern er ist aus dem Volke selbst, das seinen Todfeind endlich richtig erkannt hat, hervorgegangen!*“

Pach Henrik dr.

czukorgyári és uradalmi orvos.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

E. Grawitz: *Methodik der klinischen Blutuntersuchungen*. Dritte vollständig neu bearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig, 1906. Verlag von Georg Thieme.

A mikor Grawitz, a ki ma a vér kórtana terén elsőrangú szaktekinél, évekkal ezelőtt a vér klinikai pathológiájáról szóló munkáját egirta, a melynek legújabb kiadását nemrégiben ismertettük, csakhamar felhangzott a kívánság, hogy mintegy függelék-képpen a vérvizsgáló módszereket is írja meg. Ennek a kívánságnak megfelelően jelent meg 7 évvel ezelőtt az előttünk fekvő kis munkának első kiadása, a mely annyival is inkább megnyerte az orvosok tetszését, mert kellően megválogatva csak azokat a vizsgáló módokat ölelte fel, a melyek csakugyan szükségesek és megbízható eredményeket adók. Az okvetlenül szükséges anyagnak jó kiválasztása eredményezte, hogy a mostani kiadás sem haladja meg a 4 ív terjedelmet, noha némelyik physikai és chemiai vizsgálmód technikáját most kissé bővebben ismerteti, és egyes újabb eljárásokat, így a vér megalvadásidejének és viscositásának meghatározását is felvette a tárgyalás körébe. Minthogy a vérvizsgálat ma már úgyszólván elengedhetlen alkotórésze a pontos betegvizsgálatnak, sokan szívesen fogják venni ezen rövid vezérfonal új kiadásának a hírét. A mellékelt öt gyönyörű színes tábla, a mely a szerzőnek nagy munkájából van véve, csak növeli a füzet értékét.

E. P. Friedrich: *Die Eiterungen des Ohrlabyrinths*. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1905.

A szerző a fontos kérdést monographiájában széles alapokra fektetve, alaposan dolgozta fel. Maga a szöveg 110 lapra terjed, ezenkívül egy 26 lapra terjedő függelékben felsorolja a kieli és hallei fülbetegklinika idevágó anyagát. Saját eseteinek a száma 27. A könyv végén 16 táblán összesen 18 ábrát nyújt. Az ábrák egy kivételével mikroszkopi képek színes másolatai; egy ábra makroszkopi reproductioja a mély extradurális tályognak a tömkeleg megnyitása nélkül; ezen tanulságos eset világosabbá tételére a mikroszkopi vizsgálat eredményét feltüntető három ábrát

is közöl. A közölt ábrák közül az 1—10. számú tömkeleggyenedésre, míg a 11—14. gümös tömkelegmegbetegedésre vonatkozik.

Munkájának elején, az anatómiai bevezetésben a labyrinth helyzetét a sziklacsontban és a tömkeleg szerkezetét írja le a szerző, néhány szép ábrával téve érthetőbbé a leírást. A második fejezetben van a statistika feldolgozva. A harmadik fejezet az általános aetológiával foglalkozik, és itt kiemeli a vörhenyt és a kanyarót. A következőkben a tömkeleggyenedések általános pathológiájáról ír: szól a cariesről, nekrosisról, a tömkeleggyenedések anatómiai fejlődéséről, a gyenedés kiterjedéséről a tömkelegben és egyéb idetartozó kérdésekről. Az ötödik fejezet a tömkeleggyenedés klinikai tüneteit ismerteti. E fejezet igen érdekes és tanulságos, bár akad benne itt-ott kifogásolni való is, főleg a hol a szédülési tünetekről és diagnostikai értékesítésükről van szó. Itt említi az endocraniális szövődményeket is. Az utolsó fejezet a therapiáról szól. E fejezetben a szerző inkább a conservatív irányt vallja, és a műtéti eljárásban a legnagyobb óvatosságra int, annyira, hogy ez irányban talán kissé túloz is.

Friedrich e munkája mindenképpen érdekes olvasmány. Kitétszik belőle, hogy a tömkeleggyenedések kérdése még mindig nincs tisztázva; annál értékesebb e kérdésnek ily tisztán, minden oldalról való megvilágítása.

Ifj. Klug Nándor dr.

### Lapszemle.

#### Általános kór- és gyógytan.

Az influenza hajlamosító befolyását más fertőzésekre már régen gyanították; így a többi között vannak, a kik a tüdőgümőkórra hajlamosságnak egy fontos tényezőjét az influenzás fertőzésben keresik. *Livierato* kísérletező vizsgálódás tárgyává tette ezt a kérdést. Azt találta, hogy egyébként alig hatásos kórokozó baktériumok súlyos fertőzést létesítettek olyan állapotokban, a melyekbe egyidejűleg az influenza bacillusok által termelt mérget fecskendezte. Némely állatnak természetes immunitása bizonyos fertőzésekkel szemben szintén meg volt szüntethető az influenza-toxinnal. (Gazz. degli osped. 1906. 93. szám)

#### Belorvostan

A tüdőgümőkór gyógyításának kérdéséhez szolgáltat adatokat *Westenhoeffer* két anatómiai lelet kapcsán. Az egyik lelet a pneumothorax kedvező hatását a gümőkóros folyamatra mutatja: az illető tüdőben jelen volt két tuberculosus caverna nemcsak nem mutatott hajlamosságot a nagyobbodásra, hanem összeesett, csak kevés nekrotikus anyagot tartalmazott és kötőszövetes tokkal volt körülveve; a rendszerint található, főleg pneumoniás természetű góczok a cavernák körül nem voltak jelen; a gümőkóros folyamatnak tovaterjedése szintén nem volt kimutatható. A mint ismeretes, a tüdőbeli gümös góczból rendszerint két úton terjed tova a baj: egyrészt a légáram, másrészt a nyirokáramlás útján. Mindkét tovaterjedési útnak gátat vet a pneumothorax, a mennyiben az összenyomott tüdőben egyrészt a légáramlás felfüggesztett, másrészt pedig a nyirokáramlás is erősen csökkent. A másik lelet a tüdőbeli vérpangásnak gyógyító hatására vet világot. Az illető esetben mitrális stenosis és insufficiencia létesítette a tüdőbeli pangást; a szívba 6 év előtt polyarthritiss kapcsán keletkezett. A pangás következtében néhány kisebb gümös gócz a tüdőben teljesen meggyógyult, egy nagyobb üreg pedig a gyógyulás útján volt, a mennyiben részben erős kötőszövettel, részben pedig rendkívül érdős sarjadzósövettel volt körülveve.

Az egyik esetben tehát a pneumothorax okozta nyugalombajjövése a tüdőnek, a másikban pedig a szívba okozta hyperaemia létesítette a gyógyulási folyamatot. A pneumothorax okozta nyugalombajjövés úgylátszik erősebb hatású, mint a hyperaemia; legalább erre utal az a körülmény, hogy a második esetben jelen volt és huzamosan (6 éven át) tartott nagyfokú tüdőbeli pangás nem volt elegendő a nem nagyon kiterjedt gümőkóros folyamatnak teljes meggyógyítására. A pangásnak csekélyebb jelentőségét igazolja a szerzőnek egy további esete is, a melyben májcirrhosis okozta nagyfokú hasiüregbeli vérpangás ellenére a hashártyának kiterjedt elsődleges gümőkórja fejlődött ki. A szerző véleménye



szerint a pneumothorax, főleg az aspiratio megakadályozása útján hatva, a nyílt tuberculosisban, a hyperaemia pedig a zárt tuberculosisban volna igénybeveendő; másszóval előrehaladt esetekben a pneumo- (illetve hydro) thoraxot, kezdődő esetekben pedig a hyperaemiát kellene előnyben részesíteni.

Végezetül még egy érdekes észleletét ismerteti a szerző, a mely a különböző dispositioval bíró tüdőrészeknek eltérő viselkedését mutatja a miliáris gümőkórral szemben. Ismeretes, hogy miliáris tüdőgümőkórban a tüdőcsúcsokban szoktak legelőrehaladottabbak lenni az elváltozások. Ribbert ezt olyan módon magyarázza, hogy a gümőképződés a tüdőcsúcsokban veszi kezdetét és innen halad lassanként lefelé. Orth ellenben azt hiszi, hogy valamennyi gümőkóros gócz haematogen úton úgyszólván egyszerre, egy időben fejlődik és a tüdőcsúcsokban csak azért látszik előrehaladottabbnak vagy régiebbnek a folyamat, mert a tüdőcsúcsok hajlamosabbak a gümőkórra, kevesebb bennük az ellentállás a gümőkóros folyamattal szemben. A szerző észlelete ez utóbbi felfogás helyessége mellett szól. Az illető egyénél az egész bal tüdő, valamint a jobb tüdőnek alsó lebenye erősen oda volt növe; ennek megfelelően az egész bal tüdő és a jobb tüdőnek alsó lebenye aránylag kedvezőtlenebb helyzetben volt s azért bennük sokkal kifejezettebbek is voltak a gümőkóros elváltozások, míg a jobb tüdőnek felső és középső lebenyében alig volt néhány kis gümő. Az összenövések tehát megváltoztatták a dispositiót: a tüdő bázisa lett azzá a dispositio tekintetében, a mi rendesen a tüdőcsúcs szokott lenni. (Die Therapie der Gegenwart, 1906. 12. füzet.)

A colica mucosa gyógyításában D. M. Macdonald szerint a fődolog a constipatio megszüntetése és a bélizomzat tonusának helyreállítása. Jóhatású a bél kiöblítése és oleum olivarum befecskendezése a végbélen át. A szerző elszerűen használja a naponkénti beöntéseket következő folyadékkal: 15 gramm magnesiumsulfat, 7 gramm glycerin és 1200 gramm langyos víz. Legjobb e beöntéseket reggel végezni, még pedig inkább a baj acutabb szakában. Később e beöntéseket lassanként belső szereléssel helyettesíti (vasat, nux vomicát és belladonnát tartalmazó labdacsokat ad). A bél masszálása a hasfalon keresztül nagyon ajánlható. A diatés kezelés sem hanyagolandó el; némelyek — így Noorden — a főszűlyt a bőséges residuumot adó táplálékra helyezik. E tekintetben azonban egyénileg nagyok a különbségek. A szerzőnek volt olyan betege, a kinek az állapota bőséges residuumot adó vegetabilis diatára szerfelett rosszabbodott, míg másnál a cellulosisban gazdag diatá kitűnő eredményt adott. (Tekintve, hogy — a mint a szerző is mondja — a colica mucosa keletkezésében az idegrendszer gyengesége rendkívül nagy szerepet játszik, feltűnő, hogy a szerző ezen idegrendszerbeli gyengeség lektüzdéséről nem szól; igaz ugyan, hogy a vas, a nux vomica hatással lehet e tekintetben, csak hogy még sokkal fontosabb eljárásokkal is rendelkezünk az idegrendszer állapotának kedvező befolyásolása szempontjából.) (The practitioner, 1906. október.)

### Idegkórtan.

A hystériás egyén felelőssége volt Leroy referatumnak tárgya a lillei congressuson. E szerint a szakértő orvosnak, ha bűnöst vizsgál, először el kell döntenie, hogy hystériás-e, aztán a baj fokát kell tekintetbe vennie. A súlyos hystéria, melyet görcsrohamok, hallucinatio, somnambulismus kísér, felelőtlenséggel jár, még akkor is, ha maga a bűntett nem viseli magán a hystéria jellegét. Sok ideg orvos ilyenkor korlátozott beszámíthatóságról beszél, ez nincs helyén. A súlyos hystériás szellemileg mindig alacsonyabban áll, nem a börtönbe, hanem a kórházba való. Természetesen teljes felelőtlenségre tart jogot az a bűntett, mely hystériás elmezavar alatt történt, mint pl. hallucinatio, delirium, extasis, átmeneti deliriumok alatt, vagy a mely somnambulismus idején, vagy az úgynevezett kettős lelkek második állapotában történt. Ide tartoznak a hystériás rohamot megelőző vagy befejező homályos öntudatok, melyeket a francziák subconscience vagy état crépusculaire néven ismernek. Persze utólag nehéz megállapítani, hogy a kérdéses bűntett ilyenkor ment-e végbe, különösen, ha a beteg amnesziára hivatkozik vagy azt színleli. Még ha mindezek az állapotok a hystériás betegen nem

is mutathatók ki, akkor is sokszor maga a tett olyan absurdum, hogy annak kóros volta mindenki előtt világos. Ilyen pl. a kleptománia. Felelős ellenben Leroy szerint tetteért az a bűnös, a kinek hystériája igen enyhe, és tette nem viseli magán a kóros mivoltának bélyegét. A törvényszék dolga, ha akar ilyenkor enyhítő körülményeket számításba venni. Különösen ki kell emelni, ha a hystéria mellett alkohol vagy morphiummérgezés is szerepel, a mi nem ritkaság.

Sok orvos és jogász arról beszél, hogy vannak olyan hibák az emberen, a melyek az akaratot nem szüntetik meg, de ezt és a szellemi képességet csökkentik. Ezt nevezik korlátozott beszámíthatóságnak. A korlátozott felelősség nemcsak haszontalan, hanem irracionális és veszedelmes felfogás. Irracionális ez a fogalom, mert a részlegesen felelős hystériás csakugyan beteg. Veszedelmes a felfogás, mert a bírót engedetlenségre csábítja, a beteg rövidebb ideig tartó büntetést kap és ezért hamar jut szabadságra az az ember, a ki a közre veszedelmesebb, mint az úgynevezett tudatosan bűnös.

Leroy munkájában sajátos ellentmondást találok, a mikor a korlátozott beszámíthatóságot elveti, de a csekély fokban hystériásoknak látszólag nem hystériás büntetteiben a bíróságra bizza, hogy „ha helyesnek véli, alkalmazzon enyhítő körülményeket”. Hiszen ez nem jelent mást, mint azt, hogy a szakértő orvos a feladat megoldását önmagáról a bíróságra hárítja át.

Az előadás felett kifejlődött vitában Grasset a korlátozott felelősség hívének valija magát, de szükségesnek tartja a törvényhozás intézkedését erre a célra, mert korlátozottan beszámítható egyén rövidebb elzárása csakugyan káros.

Dupré a degeneráltak és hystériások között különbségeket akar felállítani; elméletben Grasset mellé csatlakozik, de szükségesnek tartja, hogy az ilyenek számára felállítsák intézet „asile de surté” néven, a melynek feladata a társadalom megvédése az ilyen emberekkel szemben és a bűnös gyógyulása is. Az asile de surté név mind a két tényezőt jelzi.

Régis a kérdés lényegében szintén Grasset mellé csatlakozik és felemlíti a következő esetet. 16 éves és 40 napos fiatalember gyilkosságot követett el. A szakértők az találták, hogy a fiú fejlődésben elmaradt és gondolkodásképesége, tehát beszámíthatósága is egy legfeljebb 13—14 éves gyermekének felel meg. Minthogy azon időben javítóintézetben való elhelyezés csak 16 éven aluliakra volt lehetséges, a fiút felmentették és szabadlábra helyezték. Azóta a törvény már intézkedett, hogy ez a 18. évig kiterjesztessék. E szerint a fiú ma javítóintézetbe kerülne és nem volna szabadlábbon. Nem csoda, hogy a bíró méltatlankodott, mikor Anglade mint szakértő egy hystériás mérgekeverő asszonyról azt állította, hogy róla nem állíthat ki bizonyítványt, melylyel elmekórházba lehetne zární, sőt ott sem tartanák, ha oda küldenék, de viszont betegségére hivatkozva nem tartotta börtönbe valónak. Ilyennek kell az asile de surté. Régis ezenkívül hangoztatja, hogy senkinek nincs joga a hystériás beteget vallomásra bírni hypnossissal. (Revue neurol. 1906. 16. szám.) Kollarits Jenő dr.

### Sebészet.

Gyökerez csombsérvműtéteiről számol be W. B. Coley. 15 év alatt 117-et végzett 105 egyénen; 34 műtét gyermekén, 83 felnőttön történt. 15 esetben Bassini-féle műtétet végzett; ezek közül 1 recidivált (genyedés), sérvkötő viselésére ez a recidiva is visszafejlődött. 102 esetben a Cushing-féle dohányzacskó-szerű elzárást használta, melyben a sérvtömlő elsüllyesztése után a sérvkapu oly módon záratik el, hogy a Poupart-szalagot átszúrva, a pectineust és fasciáját, továbbá a fascia latat és a vena hüvelyét felölti s újból a Poupart-szalagon szúr ki, azután a fonalat csomózza, a mi által a canalis cruralisnak csak bőralatti nyílása záratik el. Két beteget (öreg egyéneket, kizárt sérv) meghalt, a 100 esetből egyben sem látott recidivát. 5 10 éven túl, 17 5—10 év, 35 2—5 év, 12 1—2 év óta teljesen jól van. (Annals of surgery, 1906. október.) Pólya.

Az urachuscystákról ír Weiger. 86 esetet állított össze az irodalomból és 3 saját észleletét közli. Az esetek közül 21 volt férfi, 58 nő; leggyakrabban 20—40 év közt észleltettek; az



esetek 15%-ában fistula volt jelen. Kezelésre kitérást és tampo-nálást ajánl, a mivel 2 esetében teljes gyógyulást ért el. Az ex-stirpatio az esetek nagy részében kivihetetlen. (Annals of surgery, 1906. október.) Pólya.

A filariasis sebészi kezeléséről ír J. H. Cunningham. Egy esete kapcsán, melyben a scrotumban levő filaria által okozott lymphangiectasiás daganatok operatív eltávolítása által az időnként jelentkezett, lázzal és fájdalmakkal járt rohamokat megszüntetnie sikerült, összeállítja a sebészileg kezelt filariasis-eseteket. A sebészi beavatkozást főleg oly esetekben tartja javalltnak, a hol feltehető, hogy a külsőleg hozzáférhető daganatokban foglal helyet a felnőtt fereg; azonban tartós gyógyulást lehetett olyankor is észlelni, a mikor az eltávolított lymphvarixokban a filaria kimutatható nem volt. Az embriók a vérből eltűntek és a kóros tünetek teljesen elmaradtak. (Annals of surgery, 1906.) Pólya.

100 gyomorresektorióról számol be W. J. Mayo (Rochester). Kilencszer Billroth első, 76-szor Billroth második, 15-ször Kocher eljárása szerint végezte a gyomorresektiót; a mortalitás 14%; a halál ötször 3, kétszer több mint 4 héttel az operatio után állott be; az utolsó 25 esetből csak egyet vesztett el. A resectio 17-szer ulcus, a többi esetben rák miatt történt. A rákos esetek közül 63-nak volt követhető a további sorsa. 9 hat hónapon belül halt meg, 14 oly rövid ideje van operálva, hogy tartós eredményről még nem lehet beszélni; 40 1/2—1 évig élt, 23 ezek közül még életben van; 25 1—2 év közt élt, még 10-en vannak életben; öt 3—4 év közt élt, még 4-en vannak életben; 1 öt éven túl él. Konstatálja, hogy a jelenlegi technika mellett a gyomorresektio prognosisa jelentékenyen megjavult; a statistika további megjavulását csak az befolyásolhatja, hogy a betegek hamarabb kerülnek műtetre s ezért gyanús esetekben a próbalaparotomiát feltétlenül javalltnak tartja s mihamarábbi foganatosítása mellett tör lándzsát. (Allgem. Wiener medic. Zeitung, 1906. 43. sz.) Pólya.

Az osteochondritis dissecans viszonyát az ízületi egerek-hez kutatta Lindenstern (Nürnberg). 19 eset kapcsán a következő eredményekre jut:

1. Az arthritis deformans ízületi egerek képződésére vezet-het, a mint azt a makroszkopi és szövettani vizsgálat is igazolja.
2. Tisztán traumatikus porcelanpedések is léteznek az iz-felszínről. A sérülésnek nem is kell túlságosan nagynak lennie, kedvező momentum az ifjú kor és az individuális dispositio.
3. Az összes ízületi egereknek túlnyomó része úgy keletke-zik, hogy a traumához egy következményes gyulladás, az osteo-chondritis dissecans, társul.

4. Spontan osteochondritis dissecans létezése nincs bebizo-nyítva. (Beiträge zur klinischen Chirurgie, 51. köt. 3. füzet.)

Gergő

A hereditaer ízületi syphilis késő alakját észlelte B. Bosse (Berlin) három esetben és ezeket kiterjedt szövettani és x-sugaras vizsgálatoknak vetette alá. Egy esetében synovitis gum-mosa volt jelen, de specifikus csontelváltozás nem volt biztosan kimutatható. Második esetében a synovitis gummosa a legsúlyosabb elváltozásokkal komplikálódott a diaphysiseken és epiphysiseken, míg a harmadik esetben egyszerű synovitis mellett gummosus folyamat volt jelen az epiphysiseken. Eredményei: a) Késői here-ditaer syphilisnél szövettanilag is kimutatható synovitis specifica is létezik, gummák képződésével vagy a nélkül. b) A synovitis többnyire az epiphysisek ostális megbetegedésével komplikálódik. c) Úgy az osteochondritis epiphysaria, valamint a többi ostális és periosteális luetikus folyamat, úgy a mint azokat a szerzett lues harmadik stadiumában és a veleszületett syphilis korai alak-jaiban látjuk, radiologice mind kimutathatók. d) Mivel a hereditaer csont- és ízületi syphilis az egész csontrendszeret megtámadja, az összes csöves csontok x-sugaras vizsgálata szükséges. e) Tel-jesen szabatos és kimerítő elkülönítő kórisme a rhachitis és a here-ditaer lues késői alakja között a tudomány jelen állása mellett még nem lehetséges. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 51. köt. I. füzet.)

Gergő.

## Orthopaedia.

Amniogen eredetű dongaláb eseteit közli Ewald dr., Vulpus klinikájáról. Kevés oly dongaláb leírása található az iro-dalomban, a hol biztosan be van igazolva, hogy az amnion oda-növése, vagy a megnyújtásából származó kötegek vongálása, vagy ezek által a lábnak kóros állásban rögzítése hozta létre a deformitást. E ritkaságok közé tartozik a szerző esete is, melynél a bal láb volt dongalábállásban s egyúttal ugyanezen lábszáron és bokaizületen ötször körülfutó, egymással kereszteződő keskeny fehér csík volt látható. E csík különben a normális bőrtől sem-miben sem különbözött, csak valamivel mélyebben feküdt, mint a lábszár bőrének többi része. Az újszülött másik lábán syndak-tylia és polydactylia volt észlelhető. A szerző a csíkokat amnion-kötegek által okozottnak tartja. Hogy lefűződéshez nem vezetett a köteg körülesavarodása, az úgy magyarázható, hogy vagy a méhenbelüli életnek csak késői szakában fonta körül a lábszárt, vagy pedig, ha már korábban csavarodott rá, a lábszár erős fejlődése következtében a gyengébb köteg elszakadt, csak nyomát hagyva vissza. A másik esetben az egyik oldali dongaláb mellett egyúttal a végtagokon többszörös le és befűződés, összenövés és fejlődésben visszamaradás volt jelen. Ezekből látja a szerző ez esetben is bebizonyítottnak az amniogen eredetet.

Minden ily eset közelebb hoz bennünket azon akadályok megismeréséhez, melyek az intrauterinális életben alkalmasak az ébrény fejlődését meggátolni vagy a normalistól eltérő irányba terelni. Ez ismereteink bővülésével mind szűkebbre szorul azon esetek száma, hol az exogen gátló akadályok ismerete hiányában kénytelenek vagyunk az eset létrejöttének a magyarázatában a „vitium primae formationis“-hoz, a nagy ismeretlen faktorhoz menekülni. (Zeitschrift für orth. Chir., XV. 2—4. füzet.)

Kopits dr.

## Húgyszervi betegségek.

A heveny és idült húgyhólyaglob gyógyításáról tartott klinikai előadást Ehrmann tanár (Bécs), a melyet gyakorlati fontossága miatt kimerítőbben ismertetünk.

1. A gonococcus-cystitis a szokott heveny tünetekkel jelent-kezik; gyakori és fájdalmas vizelési inger, a mictio végén vérzés jellemzi. A gyógykezelés oki és tüneti. A szokásos antigonorrhoi-cumoknak a hólyagba való bevitele csak fokozza a heveny lobos jelenségeket. Ilyenkor a salicylkészítmények nagyon jók; akár a salicylsavas natrium, akár a salol 1/2 gm. adagokban napjában hatszor, főleg étkezés után, kitűnő szolgálatot tesz. A terminális vérzés ellen is többnyire jó e kezelésmód. Kissé idültebb esetek-ben a balzsamos szerek használata ajánlható, a santal olaj össze-köttetése a salicyl-készítményekkel (santyl), a kawagyantával (gonosan) s a régóta használt ol. terebinthinae. Az urotropin inkább a coli-bacillusok feltételezte cystitiseknél használandó, vala-mint a citarin és a helmitol is. Az ismert folia urae ursi, herba herniariae és a herba chenopodii diuretikusan hat, a vizelet hígabbá, kevésbé ingerlővé válik. Erős és fájdalmas ingerek ese-tén a narcoticumok használandók: morphiun 0.01 pro supposito-rio. A terminális vérzés a gyakori vizelési ingerrel egyidejűleg szűnik meg. Ha azonban a vérzés nem állapodik meg, 1 gm. extract. secalis 5 suppositoriumra elosztva, 2—3 supp. naponta jó szolgálatokat tesz.

Ha a heveny jelenségek alábbhagytak, áttérhetünk a hely-beli kezelésre. Szigorú asepsis mellett 2—3%-os langyos bór-vizes mosás, kezdetben csak 25 gm.-mal nem teljesen kiürített hólyagba, majd többször megismételve, míg az öblítő folyadék teljesen tisztán jön vissza, jól beválik. Ha a hólyag ingerlékenysége már csökkent, átmehetünk az arg. nitr.-ra, a mely jobb, mint az argentamin, az albargin, a protargol s a többi új ezüstkészítmény. Az arg. nitr.-ot 0.25—1 gm.: 1000-re alkalmazzuk, előzetesen azonban mindig langyos bór-vizes mosást végzünk. Alkalmazható még a salicylsav 1:200, a resorcin 3:100, a chininum sulf. 0.50:400 oldatban.

2. A heveny cystitis egyéb alakjaiban, melyek egyéb mikroba-fertőzés által vannak feltételezve, jól beválik belsőleg az urotro-pin. Erősen savi vegyhatású vizeletnél aqua calcis-t adjunk, 30—



35 gm.-ot egy pohár tejben, napjában háromszor, vagy alkali-kus vizeket.

3. *Idült cystitis* esetén, főleg ha prostata-hypertrophiával kapcsolatos, kitűnő szer az urotropin. A helyi kezelésben első helyre teszi az arg. nitr.-ot. Az adstringens szerek közül a zincum sulf. vagy sulfo-carbolicum (0.5–1%) vagy az alumen (0.5%) alkalmas, de itt is előzetesen indifferens folyadékokkal a hólyag kiöblítendő. A Janet-féle öblítések 0.6–1:1000 kalium hypermang.-mal szintén jól beválnak. (Részemről idült, prostatatúltergéshez társuló cystitis eseteiben nagyon ajánlhatom a 0.5–2%-os collargol-hólyagmosásokat, a melyekkel igen makacs esetekben jó eredményt értem el. Ref.)

4. *Gümös cystitis* ellen a jodoformemulsió befecskendését ajánlja a következő módon: jodoform 50.0, glycerin 40.0, aqua dest. 10.0, gummi tragac. 0.25 gm. Ebből az emulsióból fél evőkanálnyi veendő 500 gm. vízre. Ha a gümös folyamat körülírt, a Guyon féle fecskendővel előzetes öblítés után koncentráltabb (1:500–5%) arg. nitr.-oldatot (4 gm. mennyiségig) alkalmazunk. Esetleg curettement és cauterisatio végezhető a cystoskop ellenőrzése mellett.

Nagyon makacs, erősen genyedő cystitis eseteiben perineális vagy suprapubikus úton a hólyag megnyitása eredménnyel járhat. *Guyon* tuberculosus, lázzal járó hólyaghurut eseteiben 1:3000 sublimatos öblítéseket ajánl. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 49. szám.)

Steiner Pál dr.

#### Venereás bántalmak.

Oldékony kénesósókkal való fájdalomtalan injectiók eljárást ismertet *Th. Mayer* (Berlin). Ismeretes, hogy még teljesen kifogástalanul végzett kénesős injectiók is elég gyakran fájdalmas beszűrődésekre vezetnek. Szerző hosszabb idő óta kísérletezett, hogy az antilueses befecskendezések fájdalmasságát csökkentse. Kezdetben a *Lewin-Stern*-féle sublimat konyhasós keverékkel kísérletezett, a melyhez érzéstelenítés céljából cocaint adott. A cocaint később a különféle pótszerekkel helyettesítette. Az így előállított oldatok azonban nem állandók. Sokat kísérletezett ezután subliminnal is, a melyhez érzéstelenítőül stovaint, acoint, alypint és novocaint kevert. Egy ideig legalkalmasabbnak a sublimin novocain Höchst mutatkozott. A szerző további kísérletei alapján, valamint Hirschnek ajánlatára végérvényesen az acoint választotta anaestheticumnak és az oldat állandósága érdekében a sublimint feleslerélte hydrarg. cyanatummal. Szükséges, hogy az oldatban kevés bórsav is foglaltassék, a melynek jelenlétében a hydrarg. cyan. és acoint teljesen tiszta oldatot ad. E célból a legjobb készítési formula a következő: Hydrarg. cyanati 1.0 solve leni calore in Aqu. rec. dest. cont. acid. boric. 1% 30.0, refrigera. Acoini „sec. Heyden“ 4.0 solve in aqu. destill. frigida cont. acid. boric. 1% 70.0 M. D. in vitr. fusco. S. 1–2 cm<sup>3</sup> pro inject. A szerző e keverékkel igen jól végezhetette az injectiókat. 95 beteg mintegy 900 injectiót végzett és soha nagyobb kellemetlenségű mellékhatásokat nem észlelt. Néhány napig tartó kellemetlen érzés az injectio helyén csak 1.6%-ban fordult elő, néhány óráig tartó fájdalmasságot vagy egyéb kellemetlenséget mindössze 4.7%-ban észlelt. Valamennyi többi injectio minden fájdalmasság nélkül, teljesen simán folyt le. A befecskendezett keveréknek gyógyító hatása teljesen egyenértékű volt a megfelelő sublimat-mennyiség hatásával. Mindezek alapján a szerző igen alkalmasnak tartja összetételét, hogy vele további kísérletek végeztesse. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1906. 41. sz.)

Guszmán.

A penis plastikus induratioját Dupuytren-féle ujjcontracturával szövődve észlelte *Neumark* (Berlin). A mióta *Posner* a penis valódi plastikus induratiojának egy esetét közölte, az irodalomban több hasonló esetről tesznek említést. Igazi kóroktana nem volt biztosan ismert. Az esetek egy számában a köszvény is szerepelt, s így többen azon nézetnek hódoltak, hogy a penis-induratio a köszvényes állapotból magyarázandó. A szerző esetében a penis induratioján kívül a 39 éves betegben kifejezett Dupuytren-féle contractura is volt jelen, a mi tudvalevően ugyan-csak a köszvénytől szokott összefüggésbe hozatni. Ez a találkozás a két bántalomnak teszi valószínűvé a szerző előtt, hogy a

penis plastikus induratioja csakugyan köszvényes alapon jöhet létre. Az induratio mintegy 2 év előtt vette kezdetét. A penis dorsumán borsónyi, fájdalomtalan keményedés támadt, mely előre és hátrafelé folyton, bár lassan növekedett, míg végül mostani kiterjedését érte el. A keményedés jelenleg 1 cm. széles, 6 cm. hosszú, kemény köteget alkot. Az induratio a penis petyhüdt állapotában zavart nem okoz. Erectio alkalmával azonban a penis felfelé görbül és bizonyos feszülési érzetet ébreszt. A resorptiót célzó különböző lokális eljárások eredményt nem adtak. Az állapot változatlan maradt. A betegnek nemi baja sohasem volt. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1906. 46. sz.)

Guszmán.

#### Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra.

Dupuytren-féle ujjcontractura esetét közli *Jellinek* a wieden közpórház II. orvosi osztályáról. A kezelés 15%-os alkoholos thiosinaminoldatnak befecskendezéséből a kóros palmáris fasciába állott; a beszűrés helye gyanánt a megkeményedett csomókat és kötegeket választották. A befecskendezések eleinte rövidebb, majd hosszabb időközökben történtek, még pedig helyi érzéstelenítés mellett (chloroethyl vagy cocain), 0.2–0.5 cm<sup>3</sup> mennyiséggel. Közben kötést alkalmaztak 10%-os thiosinaminmultapaszsral. A közel egy esztendeig tartott kezelés teljes eredménnyel járt. (Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 28. szám.)

Lábizzadás ellen nagyon jó eredménnyel használja *Ottenfeld* a tannoformot. Enyhébb esetekben elegendő a 10–15%-os tannoform-talcum-hintőporral beszórni a harisnyát és a lábnak izzadó részeit 3–4 napon át. Súlyosabb esetekben 20–50%-os hintőport kell használni s az illetőt 2 napig ágyban is tartjuk, mire a túlságos izzadás többnyire megszűnik s ekkor 2–3 napig az enyhébb kezelést fogantositjuk. A tannoformmal érintkezésbe jött bőrrészek meg barnulnak, de ez az elszíneződés 2–3 hét alatt visszafejlik. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1906. 67. szám.)

Icterus catarrhalis eseteiben *Heermann* szerint nagyon jó szolgálatot tesz a vaj, a melyből annyit adunk kevés kenyéren vagy kétszersültön, a mennyit a beteg undor nélkül elbir. Ezenkívül még sósavat rendel. Ezen kezelésmód mellett a sárgaság többnyire néhány nap alatt megszűnik. (Therapeutische Monatshefte, 1906. 9. füzet.)

#### Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1906. 6. füzet. *Engel Károly* és *Scharl Pál*: A versavó concentratio-változása vízfelvétel után. *Verebely Tibor*: A varróanyagok a szervezetben. *Borszék Károly*: A sebészi varróanyagokról. *Benedict Henrik* és *Török Béla*: Alkohol és diabeteskezelés.

Klinikai füzetek, 1906. 12. szám. *Palágyi Menyhért*: A reactio idő kísérleti elemzése. *Babarczy Schwartzner Ottó*: A korlátolt beszámíthatóság.

Gyógyászat, 1906. 51. szám. *Hainiss Géza*: Gyakorlati tapasztalatok a gyermekek bélhurutjainál. *Fellettár Emil*: Beteg vagy romlott állati tápszer okozta halálesetek. *Ferenczi Sándor*: Az ideggyógyászati recepturájához.

Orvosok lapja, 1906. 51. szám. *Jankura Iván*: A csecsemő- és gyermekkor emésztési zavarai. *Rottenbiller Ödön*: A húgy- és ivarszervek balneoterápiája. *Hajós Lajos*: Egy új vaskészítményről.

Budapesti orvosi ujság, 1906. 51. szám. *Borszék Károly*: Az aneurysmaműtétekről. *Hasenfeld Artur*: Az intravenás strophantint-therapia. „Szülészeti és nőgyógyászati“ melléklet 4. szám. *Rotter Henrik*: A pubiotomiáról. *Dirner Gusztáv*: Myomaesetek. *Rosenberger Alajos*: Méhen kívüli terhesség ritkább esetei.

#### Vegyes hírek.

Lapunk szerkesztősége és kiadóhivatala október hó 18.-a óta IX., Knezsits-utca 15. sz. alatt van.

A Bukovinszky-alapítvány kamataiból Magyarországon született és itt működött elszegényedett orvosok vagy özvegyeik segélyt kaphatnak. A kérvények közvetlenül a belügyminiszterhez intézendők 1907. január 20.-áig.

Az orvosok gyakorlati éve. Azon statisztikai adatokból, melyeket a budapesti egyetem orvosi karának dékánja: Lenhossék Mihály tanár újév alkalmából a fakultás tagjai számára összeállított, arról is szerzünk felvilágosítást, hogy miképp használja az első korosztály a kötelező kórházi évet. Ma még csak 55 orvosról van kimutatásunk, a mi nem



elég, hogy messzemenő következtetéseket tegyünk. 23-an különben is katonák voltak, kik fél évet helyőrségi kórházban töltöttek, sőt néhányan fél évnél többet is! A klinikákat csak kevesen vették igénybe, csak a két női klinikán volt nagyobb számú gyakorló. Legtöbben a Budapest balparti kórházakban töltötték a megfelelő hónapokat.

Jelentékeny számmal voltak a budapesti bábaképzőben, s a vidékiek közül is mindegyiknek több gyakorló jutott, kivéve a nagyváradit, hol az első csoportból senki sem volt. A két budapesti gyermekkórházban szép számmal voltak, de az izraelita kórházban csak egy. A vidéki kórházak közül Aradon, Miskolcon, Esztergomban, Pécsen (legtöbben), Pozsonyban, Nagyváradon, Szegeden (csak egy, egy hónapig), Nyitrán, Komáromban, Baján, Nyiregyháza, Gyulán, Szentesen, Győrött és Fiumében voltak. Az elmegyógyintézetek közül csak a lipótvárosi és a János-kórházi megfigyelőnek (klinikát pótol) jutott egy. A szabadkai nagy és a sátorlajú helyi új kórházban a budapestiek közül senki sem volt.

Ha legalább 100 orvosról fog adat rendelkezésünkre állani, akkor megkísérjük a számokból a következtetéseket is levonni. G. E.

A „Józsefvárosi Orvostársaság” e hó 22-én tartotta évzáró közgyűlését, a melyen a tisztikar következőképen alakult meg: elnök: Kétly Károly; alelnökök: Dirner Lajos és Hainiss Géza; titkár: Körmezei Zoltán; pénztáros: Bergsmann Ignác; jegyző: Halka Lajos.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület november havában 810 esetben nyújtott első segítséget. Ezenkívül 610 szállítást végzett, 59 esetben mint mozgóórság működött és 32 esetben vaklárma miatt vonult ki. A november havi működési főösszeg tehát 1511.

Meghalt. Somló Albert dr. nyugalmazott es. és kir. ezredorvos december 21-én 82 éves korában Kőbányán.

Kisebb hírek külföldről. R. Blanchard dr.-t a párisi egyetemen a parasitológia tanárává nevezték ki. — W. Unthoff boroszlói tanár a bonni szemészeti tanszékre való meghívást visszautasította. — C. F. Lohmeyer, a sebészeti rendkívüli tanára Göttingenben e hó 25-én ülte 80. születésnapját. — Gerhardt jeni tanárt Erlangenbe hívták meg Voigt tanár utódjává a belorvostani poliklinikai tanszékére.

Schaudinn emlékére tudvalevően nemzetközi adakozásból alapítványt létesítettek, melynek kamatait a nagy tudósak vagyontalanul maradt özvegye élvezi. A alapítvány, melyet a hamburgi senatus kezel, ez idő szerint 85,710 márkára rúg.

Behring tanár újabb nyilatkozatai új szeréről. Behring tanár december 11-én nyilvános előadást tartott Stuttgartban a királyi pár, a ministerek stb. jelenlétében a tuberculosis elleni küzdelemről s különösen saját új szeréről. Előadása elején bőven tárgyalta a közte és Koch között felmerült vitát. Nézete szerint a tuberculosis rendesen nem inhalatio útján kapja az ember felnőtt korában, hanem a legtöbb egyén, a ki később tuberculosisba esik, a betegség csiráját már csecsemőkorában szedte fel magába az anyatejjel, vagy még gyakrabban a gyöngykóros tehénből származó tehéntejjel. A tuberculosis elleni prophylaxisnak tehát nem a köpet ártalmatlanná tételében kell kiesésesodnia, mint azt Koch hirdeti, bár ez sem jelentéktelen, hanem a csecsemő megvédésében a tej útján történő fertőzés ellen. A már kitört tuberculosis gyógyításában Behring első helyre a Koch-féle tuberculint helyezi, melynek felfedezését nagy vívmánynak jelenti ki. A tuberculin-reactio immunitási reactio, melyet a szervezetben képződő védőtoxinnak és antitestek hoznak létre. Diagnostikai tekintetben Behring nem tulajdonít a tuberculin-reactionnak olyan nagy jelentőséget, mint Koch, a mennyiben kísérletei azt mutatják, hogy a reactio legnagyobb foka beállhat olyan állatokon is, a melyeken bonczoláskor nyomát se találni a tuberculosisnak. Saját szerének, a tulase-lactinnak gyógyító értékéről nagy tartózkodással nyilatkozik s annak inkább prophylaktikus, immunizáló hatást tulajdonít. Vizsgálatainak eredményeit a tuberculosis megelőzésére nézve Behring a következő tételekben foglalja össze:

1. Kérdéses még, hogy a tuberculosis olyan stadiumaira, a minő a kifejezett tüdővész, a tulase-lactinnak gyógyító hatása van-e?
2. A tulase-nak intravenosus, bőr alatti vagy stomachalis alkalmazásával olyan marhákat, disznókat és juhokat, a melyek már gümőkórosak, meg lehet védeni egy újabb tuberculosis-fertőzés káros hatása ellen; házinyulakat és tengerimalacokat immunissá lehet tenni a gümőkóros fertőzés ellen tulasebefecskendezéssel, ha az ember a befecskendezést 1 milligrammmal kezdi s két hét alatt az adagot mindinkább emeli. Ebből az következik, hogy a tulase-nak az emberre nézve is immunizáló hatása van.
3. Ez a hatás teljességében csak 6—12 héttel a befecskendezések megszünete után áll be; addig az ember vagy állat még fertőzhető s azért minden fertőzéstől óvni kell.
4. A tulase immunizáló hatása éppen úgy magyarázandó, mint azé az immunizáló eljárásé, a melyet Behring előbbi dolgozataiban mithridatisatio-nak nevezett. Az alapja az, hogy a tulase hatására a szervezetben védőanyagok keletkeznek, a melyek átmennek a vérbe.
5. Az immunizálási folyamat előhaladása lépésről lépésre követhető és quantitative meghatározható a vérben képződő védőanyagok kimutatása által.
6. Ezek az anyagok a vérből átmennek a tejbe is, s ezért a csecsemőt vagy fiatal, még szopó állatot megvédhetjük a tuberculosis ellen az anya immunizálása által is. Hogy az immunizálás melyik módja ezélszerűbb és biztosabb, a direct, vagy az anyatej útján való, erre nézve még folynak a kísérletek.

7. A tulase-lactin mint tuberculosis elleni gyógyszer eddigelé a következő esetekben vált be: olyan teheneknél, a melyek jó tápláltsági állapot mellett a gümőkórnak nem mutatják egyéb tüneteit, mint bacillusokat a tejben, továbbá a házinyulak kísérletileg előidezett szemtuberculosisánál, a disznók mirigy-tuberculosisánál s végül a tengerimalacok chronikus lefolyású tüdőgümőkórjánál.

Mindezek szerint tehát a tulase egyfelől mint a görvélykór gyógyszer, másfelől pedig különösen mint immunizáló szer igérkezik hatásosnak. Előadása végén Behring kijelenti, hogy ő maga eddig csak állatokon kísérletezett, de a jövő év elejétől kezdve nagy arányban szándékszik szerét az emberen is megkísérteni annak az eldöntésére, vajjon csakugyan megvan-e szerének az emberen is ez a supponált immunizáló hatása.

Mai számunkhoz Glück Rezső „Digestol” című prospektusa van mellékelve.

A pastillae pyroductalini sec. Schubertet a tuberculosis minden egyes stadiumában lázesöklentő, köhögéscsillapító, izzadásgátló és étvágyjavító tulajdonsága miatt sikeresen alkalmazzák. A pastillákban levő antibactericid gyógyszerek (duotal, guacamphor) a tuberculosis első stadiumában a betegség radikális gyógyulását is elősegítik.

**ABBAZIA Dr. SZIGETI MÁRTON**  
(nyáron Gleichenbergben).

**Marilla** sanatoriumban a napi pensio: lakás, kiszolgálás, világítás, elemezés, orvosi kezelés és az összes gyógyszerközlők használatával együtt — 12.50-16 koronába kerül. — Az igazgatóság.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató-tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., összes fizikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmái. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczefordulások.

Dr. Szegő Armand orvosi dajkavizsgáló intézetében VI., Andrassy-út 84. megfigyelés alatt álló szoptatós dajkák, minden időben kaphatók. Telefon 93-22.

**Elektromágneses intézet** (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, schias, szívneurosisok, ideges gyomor- és belbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: Réa Béla dr.

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherceg-utca 18, I. em. Minden nemű ép és kóros váladékot (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, gőrcsövi és bakteriologiai vizsgálata. Klinikai diagnosztika. Tulajdonos: Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdő-orvos (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 21. ától szeptember 20. áig, vagyis a fürdő-orvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti.



## Játorafüred

téli klimatikus gyógyhely (1020 m.).

Felséges enyhe téli klíma, új modern gyógyintézet, massage, villamozás, forróvíz, törpefűző- és szénsavas fürdők, diétaasztal. Téli sportok. Központi fűtés, villamos világítás, állandó gyógyszerár. Indikált:

Basedow-kór, vérszegénység, idegbajok, reconvalescentia stb.

Orvos: **Dr. Dalmady Zoltán.**

Prospectust küld a fürdőigazgatóság.

**Orvosi laboratorium:** Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.**  
(Szövetség-utca 14-16.) Telefon-szám 90-46.

**FANGO** -GYÓGYINTÉZET. Körüti fürdő (Erzsébet-körút 51. Csúsz, köszvény, consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Widmann) DEZSŐ.

**Simonyi Béla dr.** Modern Röntgen-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágítás; Röntgen-felvételek.

Harminczad-utca 6. (Erzsébet-tér sarok) **Vibrációs massage.**

Telefon 49-57.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató szakülés 1906. november 21.-én.) 1172. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya. (Szakülés 1906. március 26.-án.) 1173. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (Rendes ülés 1906. november hó 8.-án.) 1175. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (VI. rendes ülés 1906. október 30.-án.) 1176. l.

## Közkórházi orvostársulat.

XI. bemutató szakülés 1906. november 21.-én.)

Elnök: Medvei Béla. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Folytatás.)

## Embolia art. centr. retinae nagy mértékben javult esete.

**Fejér Gyula:** Az embolia arteriae centr. retinae a ritka betegségek közé tartozik, körülbelül tizezer szembetegre esik egy eset. Nem akarok jelen alkalommal a betegség kóroktanára, a vitás kérdésre — a cilioretinális erek szerepét illetően — kiterjeszkedni, csak a betegség prognosisa és gyógykezelése szempontjából akarok pár megjegyzést tenni. A tankönyvek legnagyobb része azt állítja, hogy a betegség gyógyíthatatlan, az illető szem reczebártyája elveszti érzékenységét, a papilla elhalványul és a szem rövidesen megvakul. Az irodalomban nincs sok eset közölve, melyben a látóképesség bizonyos része visszatért és állandóan megmaradt. Az idei szemészcongressuson volt szerencsém egy ilyen nagy mértékben javult esetet bemutatni, melyhez jelenleg egy másodikat csatolok. A 52 éves munkáember folyó év szeptember 29.-én reggel jobb szemére hirtelen megvakult. Már 10 óra-kor jelentkezett Margit-kórházi ambulancián az embolia tipikus tükröképével, azaz a jellegzetes centrális meggyipros folttal. Az erek igen szűkek voltak, a reczebártya nagy területen borús volt. A szemet bekötöttem, belsőleg jodkalit adagoltam és a szemet azonnal circulás módján erősen masszáltam. Három napig semmit sem látott, de nem sokára eredmény mutatkozott, mert a látóképesség lassanként visszatért, három hét előtt  $\frac{5}{20}$  (?) volt, jelenleg pedig  $\frac{5}{5}$  (?), a közelben 50 D.-ás üveggel presbyopiájának és távollátásának megfelelőleg a Csapodi-olvasókönyv I. sorozatát olvassa. Látótere három hét előtt nagyfokú körkörös szűkületet mutatott, jelenleg csak kívül-alul szűkült. A mi a szemfeneket illeti, az arteriák szűkek, a papilla külső fele talán kissé halványabb, a centrumban a piros foltok nyomát sem látni. A beteg vizelete normális, verőerei kissé rigidek és a szívhangok tompák, de zöreje nincs.

Meg vagyok győződve, hogy ezen eredményt, mint az előbb említett esetben, a gyorsan alkalmazott massagenak köszönhetni. A massagét vagyis a szemtekének ujjal való külső nyomását az embolia kezelésében először Mauthner alkalmazta. Utána Fischer, Hirschberg, Klein fényes eredményt érték el vele, sőt az utóbbi az eljárást a massage diadalaként írja le. Elsnig és Fuchs nem vonják kétségbe a hasznát friss esetekben, midőn a massagét a megvakulás után pár órával alkalmazzuk. A massage az embolus szétesését, elmozdítását, zsugorodását és az érfalaknak kitágulását előozza, vagyis némelyek szerint a circulatio gyorsítását, a nyiroknedv gyors elvezetését és a belnyomás csökkentését idézi elő. Mauthner eredetileg a szemteke belnyomását akarta külső ujjnyomással emelni és ez által az embolust az arteria ophthalmicába visszanyomni, viszont a sclerotomiával, azaz a belnyomás csökkentésének segítségével az embolusnak vékonyabb érbe való jutását elősegíteni. Az ő eljárásából származott a rendszeres circulás massage, melylyel többen kiváló eredményt értek el.

A massage sikerét egy körülmény biztosítja, a gyors beavatkozás pár órával a roham, azaz a megvakulás után, mert akkor a dugasz még eléggé puha, hogy a massage által meggyorsított véráram helyéből elmozdítsa, vékonyabb ágba sodorja vagy szétesését elősegítse.

Melegen ajánlom az eljárás gyakorlását kartársaim figyelmébe.

## Idült ileus operált esetei.

**Herczel Manó:** Az idült ileus egyetlen formája, mely spontan gyógyulhat, a chronikus invaginatio, ha a betüremkedett bélrészlet önként lelökődik. Ezért mielőtt a fennálló tünetekből (a bélpassage zavarai, bélmerevedés, görcsök, csobogás, bélkólikák, hányás, esetleg tumor) biztossággal kóriméztük a chronikus ileust, rögtön fel kell hagyni a belorvosi kezeléssel s műviileg kell beavatkozni. Hogy e beavatkozás súlyos esetekben is szép eredménnyel járhat, a következő négy eset bizonyítja.

## I. Appendicitis okozta ileus.

A 20 éves férfibeteg f. é. március 8.-án vettük fel Rókus-kórházi II. sebészeti osztályunkra azzal az anamnesissel, hogy két és fél hó előtt hirtelen támadt, hányással járt erős gyomorgörcsei voltak, melyek néhány óra múlva teljesen megszűntek. Ezután majd két hónapig egészen jól érezte magát. Február 19.-e óta azonban naponta vannak erős kólikaszerű, hasgörcsökkel, hányással s haspuffadással járó rohamai. Március 1.-e óta görcsös fájdalmak úgyszólván állandók, csak injectiókra szűnnek, gyakran csuklik, széke csak beöntésre van, szelek igen ritkán távoznak. Láza állítólag nem volt. *Felvételkor* a teljesen láztalan, lesoványodott, különben ép szervezetű betegnél a has igen puffadt, mindenütt érzékeny, időnként élénk, látható bélperistaltica

és korgás jelentkezik. Kifejezett resistentia sehol sem mutatható ki, a rectális vizsgálat negatív. Pulsus 88, erőteljes.

Műtét március 9.-én. Behatolás a jobb musc. rectus külső szélén azon fellevesben, hogy a stenotikus jelenségek chronikus appendicitis által okoztának. Egy gyermekkar vastagságára tágult és a kis medencébe lenőtt vékonybélkacs leválasztása közben a bélkacs külső oldalán fekvő, a medencébe nyúló nagy tályogüreget nyílt meg körülbelül 1 liter sűrű, dögbűzű tartalommal. A tályogüreget falához vonul a csúcán perforált, 16 cm. hosszú féregnyúlvány, melynek tipikus resectioját végezzük. Ezután rendkívüli nehézségek között iparkodunk az erősen lenőtt s többszörösen megtört vékonybelet az összenövések közül felszabadítani, a mi végre sikerül is, de közben az egyes bélkacsok közt fekvő két újabb nagyökölnyi tályogúr nyílik meg. Ezen üregek kitamponálása s a több helyen beszakadt bélserosa varrása után a hasat részben bevarrjuk.

A bélstenosis elsődleges oka tehát ez esetben az appendicitis, mely a féregnyúlvány perforatioja által multiplex tályogképződésre és a vékonybél erős lenövéseire vezetett. A tályogok által okozott mechanikai összenyomódás, kapcsolatban a bélkacsok többszörös megtöretésével, hozta létre a chronikus passagezavart.

Ezen féregnyúlványlob okozta ileus Marion beosztása szerint a második korai csoporthoz tartozik, mely a lobfolyamat alatt támad. Feltűnő ez esetben azon körülmény, hogy a betegség lappangva, teljesen láztalanul fejlődött és hogy az ileus aránylag későn, hosszú két havi euphoria után jött létre.

Az 1 1/2 óráig tartó igen nehéz műtét után a beteg erős collapsusban volt s csak napokig folytatott kitaró excitálás után jött magához. A műtét utáni nyolczadik napon nagy bélsárpolya képződött, melyen át kezdetben csaknem az összes bélsár kiürült; naponként kétszeri fűrdetésre s kötözésre azonban ez a sipoly gyorsan összehúzódott, a beteg állapota is rohamosan javult, úgy hogy május 23.-án teljesen gyógyultan bocsátottuk el.

## II. Csepleszköteg által okozott vékonybél-lefűződés következtében támadt ileus.

Cz. Pálné, 29 éves nő, 15 éves korában hashártyalobot (perit. tuberc.?) állott ki, melylyel nyolcz hétig feküdt; ugyanakkor bal alkarjának feszítő oldalán tályog operáltatott. Azóta gyakori székrekedés. 1906. március havában görcsös hasfájdalmak voltak hányással, szék- és székrekedéssel. A fájdalomak a köldök táján székelt, ugyanitt erős bélmozgások voltak láthatók. Magas beöntésre e baja megszűnt. Hasonló béloclusiók tünetek ugyanilyen lefolyással a következő három hónapban vagy hatszor jelentkeztek láz nélkül. A legutolsó roham négy nappal felvétele előtt július 3.-án kezdődött az előbbieknél sokkal intenzívebb fájdalommal, erősebb peristalticával, állandó hányással. Állapota folyton rosszabbodván, Angyán tanár osztályára szállítják.

Felvételkor a has köldök feletti része erősen puffadt, ugyanitt élénk peristaltikus mozgások, bélmerevedések észlelhetők, melyek jobbról balra haladnak s a bal hypocondriumon túl nem terjednek. Nyomásra legerősebb a fájdalom a köldök felett kissé jobboldalt, ugyanitt a kopogtatási hang dobos, míg az ezalatti részében tompult dobos. A hasban resistentia vagy ascites nem mutatható ki. Magas beöntésre, atropinra, physostigminre az állapot csak rosszabbodik, a beteg ereje gyengül, e miatt július 9.-én felületes chloroform-narcosisban laparotomia.

Behatolás a középvonalban a köldök felett 3 cm.-rel kezdve lefelé 17 cm. hosszúságban. Puffadt, injiciált, hypertrophikus bélkacsok tolnak elő a hasüreget megnyitáskor. A legelső hosszú kacs egy ujjnyi széles csepleszköteg által van leszorítva, mely a coecum alatt a peritoneum parietaléhez rögzített. A csepleszdarabot kettős alakította után átvágjuk, mire a leszorított vékonybélkacs, melynek lefűződési barázdája csak az egyik kacson van s ez is igen kistök, teljesen felszabadul. Ezenkívül a vékonybelek egymással s helyenként a mesenteriummal is álszalagokkal lapszerint összenöttek s ez által többször megtörték. Az összenövések a lehetőség szerint feloldatnak. Tuberculum a beleken seholsem látható, csak egy helyen van a vékonybélben egy kétfüllérnyi, szürkés-vörös megvastagodás. Az ileocecalis tájon legnagyobb a vékonybeleknek egymással s a coecummal való összenövése. A Bauhin-billentyű környéke nem szabadítható ki az összenövések közül s így az appendix nem is látható. A legpuffadtabb vékonybélkacs bemetszése alkalomával 1 liter sárgás-barna hig bélsár ürül s nagymennyiségű szél távozik. Bélvarrat. Toiletté. Teljesen sima, láztalan lefolyás s gyógyulás.

Mindezek szerint régi előrement, talán gümös, talán appendicitisből kiinduló peritonitis okozta a belek multiplex megtöretését s főképp az ujjnyi vastag csepleszköteg lenövést. Ismeretes, hogy különösen gümös peritonitis lezajlása után válnak le a csepleszből ilyen kötegek sokszor olyan nagy számmal, hogy a cseplesz szitaszerűleg több helyen át van likádv. A cseplesz jobb szélének egy része által alkotott köteg ez esetben meglehetősen hosszú volt s ez a körülmény magyarázza, hogy a hosszabb vékonybélkacs mesenteriumával együtt átfordulhatott a kötegen s mögéje került, a mi több ízben obturációs ileus-rohamokra vezetett, melyek szakszerű kezelésre visszafelüdtek. Ha a zsinag rövidbe vagy



hidszerűleg megfeszült lett volna, a bélnek strangulatioja végzetessé válhatott volna a betegre.

### III. Littre-féle sérv által okozott enterostenosis.

M. S., 23 éves, nős földmives, orvosától nyert értesülés szerint egy héttel felvétele előtt hirtelen rosszul lett acut epityphlitisre jellegzetes tünetek kíséretében. Azóta állandó görcsös fájdalmak, több ízben hányás. Az utolsó napokban hányadék a bélsárszagú. Széke sem beöntésre, sem hashajtókra nem volt. Eltekintve attól, hogy 1—2 év óta gyakrabban vannak alhasában néhány óráig tartó görcsös jellegű fájdalmak, mindig egészséges volt.

Felvételekor a teljesen láztalan, ép légző- és vérkeringési szervekkel bíró beteg pulsa 72—80, légzése szabályos, percenként 16. Hasa különösen a köldök alatti részben mérsékelt puffadt, nyomásra csak az ileocecalis és a jobb inguinalis csatorna tája (kryptorchismus) érzékeny. Sehol sincs resistentia. Körülbelül 5 percenként élénk kólikaszerű fájdalmak jelentkeznek korgás s egy a hólyag felett fekvő bélkaes merevedése és látható peristaltikája kíséretében. A lágyékcatorna- és végbélvizsgálat negatív.

Magas beöntésre szék és szelek elég bőven ürültek, mindazonáltal az állapot alig javult, az élénk csikaró fájdalom, a bélperistaltika, a hányás nem szűnt.

A kétségtelen kórisme tehát: *enterostenosis a Bauhin-billentyű körül*, valószínűleg Littre-féle bélhali sérv vagy chronikus peritoneális összenövés (appendicitis) folytán.

Laparotomia október 24.-én, a felvétel után 24 órával. A jobb rectus külső szélén történt behatolás után kitűnik, hogy a betegnek chronikus appendicitise van, mert a proc. vermiformis a cecum alsó felszínéhez erős adhaesiókkal rögzített, megtört és csúcsán bunkószerűleg tágult. Az ileum alsó részlete erősen tágult, falzata megvastagodott, erősen erezett, jelölve annak, hogy mélyebben szűkületnek kell lennie. A bél előhúzása után csakhamar meg is találjuk a passagézavar okát abban, hogy a Bauhin-billentyű felett 13 cm.-nyire a vékonybélkaes egy körülbelül 3 cm. hosszú diverticulummal a nyitott lágyékcatornába vonul s itt erősen rögzítve van.

A bélkaes felszabadítását úgy eszközölöm, hogy a peritoneum parietale metszését a sérvgyűrűn át a lágyékcatornába folytatom, mire könnyen sikerül az incarcerált bélfalat tompán kihámozni.

A Littre-féle diverticulum forintnyi terjedelmű, erősen megvastagodott falzatú, az odanöves helyén vérző sarjszövetet borított. Ezen zóna közepén *perforatio* vezet a bélumenbe, illetve onnan a sérvtümlőbéli csekély exsudatumüregbe.

A perforatio helyét a lik felfrissítése után kétsoros Lembert-varrattal zárva, a canalis inguinalist 5 selyem dohányzaeskö-varrattal részben elvarrjuk, s ezután a proc. vermiformist tipikusan resekáljuk.

Vékony gazezsík behagyása a nyitva maradt proc. vaginalis-részletben. Réteges hasfalvarrat. A lefolyás erős bronchitistől eltekintve teljesen normális. A műtét óta a görcsök teljesen megszűntek.

Valószínű ezen esetben az összefüggés egyrészt a kryptorchismus és nyitott proc. vaginalis, másrészt a bél lenövése és az ez által okozott enterostenosis között. Az inguinalis csatornában fekvő, folytonos irritációnak kitett here könnyen meglobosodik, a gyuladás per propagationem körülírt peritonitisre s a bél odanövésére vezethet. De azt a lehetőséget sem lehet egészen kizárni, hogy a bél odanövése az appendicitis következménye volt, bár eltekintve a Littre-féle sérvtől, úgy az oda-, mint a leveztető bélkaeson adhaesiók hiányoztak.

### IV. Traumás eredetű bélszűkület.

P. Pálné, 24 éves, nőbeteg, folyó évi július 9.-én 3 m. magaságú fáról hassal esett egy hegyes szőlőkaróra. A sérülés után 6 órával történt beszállítás után azonnal laparotomia, mert a jobb ileocecalis tájon levő 15 cm. hosszú hassebből vastagbél és cseplez lóg ki. Az előesett beleken sérülés nincs, de a cecumtól 60 cm.-nyire levő ileumkaes sero-muscularis rétege harántul teljesen át van repesztve, úgy hogy a belet itt csak a nyálkahártya tartja. Ezenkívül a mesenteriumon a bélsérüléshez közel két helyen 6—6 cm.-nyi, radiális irányú, egészen a bélfalig terjedő, erősen vérző repedést találtunk.

Az összes sérülések szabályszerű ellátása után — miközben a vérző mesenterium-likakat 8—8 selyemvarrattal körülöltöttük — még a kismenedezébe erősen lenőtt és chronikus appendicitis képét mutató féreggyűrűvánt is eltávolítjuk s a hassebet Mikulicz-tamponade után zárjuk.

Az eleinte zavartalan lefolyás után, 4 héttel a műtétet követően erős kólikaszerű görcsök jelentkeztek eleinte ritkábban, később mind gyakrabban a has erős felpuffadása és hányás kíséretében.

Bélszűkület gyanúja állván fenn, újabb műtétet ajánlottunk; ebbe a beteg nem egyezvén bele, osztályunkról eltávozott. Állapota azonban otthon sem javult, a görcsök hetenként 1—2-szer jelentkeztek csuklással, később bélsárszerű hányadékkal, néha 10—12 óra hosszáig is eltartottak és a beteget rendkívül kimerítették.

Újrafelvétel folyó évi október 13.-án a következő jelenállapottal.

Az erősen legyengült és lesoványodott nő hőmérséke normális, pulsa 120, üres.

A régi műtési heg alsó zugában fillérnyi, kissé genyedő sipoly-nyílás. A has csak kevésbé puffadt, de időnként a bal hypogastriumból kiinduló és a coecalis táj felé haladó, harántul fekvő, hurkaszerű keményedés mutatkozik, melyet e.ös görcsök és korgás kísérnek.

A műtési heg környezetében ökölnyi, csaknem a középvonalig terjedő, nyomásra érzékeny, tömött resistentia.

Median laparotomia október 19.-én.

A vékonybélkaesok a fali hashártyával több helyen összenöttek, mindenütt chronikus adhaesiv peritonitis jelei. A kisujnyira szűkült, 10 cm. hosszú vékonybél serosáján sok helyen a falzaton áthaladó, lenesényi-fillérnyi elszórt heges területek. Az ezen rész feletti ileum erősen puffadt; az utolsó még tágult bélrészlet a kismenedezében fekvő bélcglomeratumhoz vezet.

Minthogy a gyökeres megoldás csupán a vastag- és vékonybelek oly nagy kiterjedésű resectioja árán volna lehetséges, mely a beteg elromlott állapota miatt ellenjavalt, legezelszerűbb a bélpassage helyreállítása entero-anastomosis útján. Az utolsó még szabad ileumkaes és a colon transversum között 7 cm. hosszú tág anastomosist készítettünk az isoperistaltica elvei szerint. A műtét utáni első napokban még jelentkeztek enyhe görcsök, azóta teljesen jól van, fájdalmak nincsenek, súlyban és erőben gyarapodik.

Milyen alapon keletkezett ez esetben a bélszűkület? Bizonyos, hogy részben a peritoneális összenövések, részben az eredeti trauma: a bél- és a kettős mesenterium-sérülés és az ezek folytán szükségessé vált mesenterialis körülöltések szerepet játszottak a strictura keletkezésében. Schloffer mutatta ki először kísérletileg, hogy a mesenterium véreinek circulatorio-zavarai bélulceratiókra és másodlagos szűkületekre vezetnek. Hogy ezen esetben csakugyan ily körülmények szerepeltek, két dologból világlik ki:

1. A műtétnél talált s a bélfalzatot átjáró intramurális hegek;

2. A stenosis relative gyors kifejlődése, a mennyiben tisztán peritoneális perimurális hegeknél a szűkület lassan, pár hóval, sőt évvel a peritonitis után szokott keletkezni, mert ezen hegek lassan zsugorodnak és csak később, újabb lobosodások jelentkezésével erősödnek.

Ángyán Béla: A II. bemutatás tárgyát képezett pót 14 éves korában látta először idült tuberculosus peritonitis minden tünetével. Hónapokon át fennjárt nagy hasürbeli exsudattal. Egyik alkarnján hideg tályogja volt, melyet Réczey operált. Másfél évi reconvalescentia után meggyógyult. Tizenkilenc éves korában férjhez ment, jól érezte magát, csak makacs székrekedése volt, a mely azonban könnyen volt megoldható.

## A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

Szakülés 1906. március 26.-án.

Elnök: Basch Imre. Jegyző: Spitzer Gyula.

(Folytatás).

Stein Adolf (mint vendég): Röntgen-sugarakkal meggyógyított ulcus rodens esetét mutatja be.

75 éves nő. 6 év előtt borsónyi tumort vett észre az orra hátán mely lassan nőtt. Felvétele előtt az orr hátán a bal szem felé és az orr csúcsáig terjedő egy forint nagyságú, tömött szélű, felületén kékélyesedő és helyenként 1/2 cm.-nyire kiemelkedő tumor. A besugárzás előtt a kiemelkedő tumorrészeket Róna tanár lemetsette. Az így lapossá tett ulcus január 1.-étől február 19.-éig 11 tíz-tíz percznyi besugárzás után begyógyult.

Huber Alfréd: Röntgen-sugarakkal kezelt ulcus rodens esete. O. G.-né, 46 éves nőbeteg, Róna tanár osztályáról (szül. Szürte, Ung-megye) előadja, hogy 4 év óta beteg, addig teljesen egészséges volt. Baja az orr oldalsó részén kezdődött; kezelve eddig nem lett. Baja csak lassan progrediált. Férje él és egészséges. 7 gyermeke közül csak egy halt meg kis korában, a többi egészséges. Anyja szülésben, atyja ismeretlen bajban halt el.

St. pr. Az orrnak egész jobb fele hiányzik; az anyagihiány fent a szemek közti táj magasságáig, jobbra körülbelül a szájjug vonaláig, lefelé az ajakpirig és bal felé a bal nasolabialis redőig terjed. A beteg területet mindenütt merevszerű fekélyek borítják, a melyek a septumon és choanákön ülnek. A bal orrjárat és a szájpapdlás ép.

Tájmirigyduzzanatok nincsenek. A szövettani vizsgálat basocelluláris rákot derített ki.

A beteget eddig csak egyszer kezeltem Röntgen-sugarakkal március 17.-én, a Sabouraud-Noiré-féle radiometer ellenőrzésével. A beállítás (a távolság tudniillik fontos a Sabouraud-féle radiometernél!) a környező ép bőrterületet letakarásával az ajkon levő fekélyre történt.

A bemutatásra első sorban azért határoztam el magam, hogy további adatokkal gyarapítsam a pontos szövettani vizsgálatokkal ellenőrzött és Röntgen-sugarakkal kezelt ulcus rodens-eseteket.

Az eddigi rövid észlelési idő után azt hiszem, hogy a Röntgen-sugarak ezen esetben kedvező hatást fognak gyakorolni.



**Róna Sámuel:** 1. Eddig 3 inoperabilis ráknál követte figyelemmel a Röntgen-hatást. Csak futólagos palliatív hatást észlelt, melynek értékét azonban nem akarná alábecsülni.

2. Egy kezdeti canceroidnál a Röntgen-, egyúttal a radiumhatást volt alkalma megfigyelni. Mindkét esetben a mélybe terjedt a folyamat és kiterjedt mirigymetastasisokra vezetett. A kezdeti canceroid tehát *noli me tangere a radiotherapia számára, ez, úgy mint eddig, kés alá való.*

3. 9 *ulcus rodens*-nél (ezek között több terebransnál a vaszkos tömegeknek előbb késsel lefejtése után) alkalmaztuk a Röntgent. 3. azt hiszi, véglegesen meggyógyult, 1 még néhányszori röntgenezés után szintén gyógyulni fog.

Mindezen esetek basocelluláris szerkezetet mutattak, csekély tendenciával a mélybe terjedésre, abszolút nem vezettek mirigyfertőzésre, úgy hogy mondhatjuk, miszerint radikális *therapia gyanánt csakis ez utóbbiaknál alkalmazható és indikált a Röntgen-sugár.*

**Beck Soma:** Hangsúlyozza, hogy a tumorok Röntgen- és Finsen-kezelésének indicatioja még nincs eléggé kikristályosodva. Azt hiszi, hogy ezen újabb kezelési módokkal olyan tumoroknál fogunk első sorban célt érni, a melyek operative eddig is a legkönnyebben voltak hozzáférhetők.

Kisebb basocelluláris rákokra éppen ezért — mivel ezek a jobb indulatúak — a biztos siker reményében ajánlja az edzőszereket, a melyek gyorsan vezetnek eredményhez.

**Weisz Ferencz:** Epitheliomáknál és *ulcus rodens*-nél a Röntgen-therapia alkalmazását ajánlja, egyfelől a teljes gyógyulás kilátásai, másfelől a cosmetikai eredmény szépsége tekintetében. Rosszindulatú rákoknál ma is csak az operatív beavatkozás indikált.

**Basch Imre:** Megerősíti Róna észleletét, a mennyiben xeroderma pigmentosum egy esetében az orr hegyén székelő lencsényi canceroid radium-kezelése után maga is észlelte, hogy az eredetileg kicsiny tumor a kezelés folyamán megnagyobbodott.

**Huber Alfréd:** Finsenezéssel gyógyított lupus vulgaris esete.

L. M., 11 éves leány 1905 április havában jelentkezett rendelősemen. Szülei élnek és egészségesek. 6 testvére él és egészséges. Tuberculosis nincs a családban. Jelen baja 8. év óta áll fenn és több ízben lett operálva. Rhachitisen, scarlatinán és morbillin esett át gyermekkorában. Felvételek, mint a bemutatott photographián látható, körülbelül öt koronányi területen volt lupus vulgaris a bal pofán. A beteg kizárólag csak Finsen-fénnyel lett kezelve és hosszabb időközökben eddig összesen 47 ülést tartott. Kezelést nem kapott másfél hó óta: az eredmény úgy a lupus gyógyulása, mint a cosmetika szempontjából eddig igen szépek mondhatók. Most még csak egy-két lupus-göb van hátra, a mely rövidesen el fog tűnni. Feltűnik itt is a már gyógyult helyeknek cosmetikai szépsége.

**Huber Alfréd:** Lázás mozgalmak Röntgen-kezelés nyomán (megjelenik in extenso az „Orvosi Hetilap” hasábjain). A bemutatás tárgya egy a Róna tanár osztályán észlelt és a szt. Rókus-kórház Röntgen-laboratóriumában kezelt lupus erythematodes esete volt, a melynél a kezelés folyamán lázas mozgalmak jelentkeztek a bőrbántalom terjedésével kapcsolatosan. Az esetet a bemutató kritikailag méltatja és vizsgálatai alapján a következő conclusióra jut: jelentkezhetnek bizonyos esetekben a Röntgen-kezelés folyamán és a reactio maximumán olyan általános tünetek, a melyek a Röntgen-sugarak hatásával directe összefüggnek, de az alabántalom klinikai magatartása folytán a *Holzknecht-féle* tipikus lefolyástól eltérnek.

**Stein:** Már sok beteget kezelt Röntgen-sugarakkal, de ilyen complicatiót még egy esetben sem tapasztalt. A lázak fellépését a bemutatott esetben egyszerűen felszívódásból magyarázza.

**Róna:** Enliti, hogy észlelte lupus erythematodesnak egy esetét, a hol a Röntgen-kezelés folytán a folyamat gyorsan progrediált.

**Alth Egon** (mint vendég) és **Huber Alfréd:** Bier-féle eljárással kezelt bubo-betegek (megjelenik in extenso a „Budapesti Orvosi Újság” 1906. évfolyamának 2. számú „Bőr- és bűjarkórta” című mellékletében). Az előadók 29 esetről referálnak és a következő vizsgálati eredményekre jutnak:

Mindent összegezve, a Bier-féle eljárást a bubók kezelésénél olyan gyógymódnak tartjuk, a melyet egyszerű kivihetőségénél, a kezelés eleganciájánál, de különösen a vele elérhető gyors sikereknél fogva (Róna például tankönyvében a bubók gyógyulásidejét 2—4 hétre taxálja) kartársainknak a legmelegebben ajánlhatunk.

Kivánatos volna, ha a bubók gyógyulásával járó fájdalmak és egyáltalán az egész folyamatnak még további megrövidítése érdekében a jövőben a Bier-féle eljárás lehetőleg még el nem gyógyuló bubóknál alkalmaztatnák, mert a Bier-féle szívókezelésnek tulajdonképeni dominancia az acut fertőzéseknek abortív kezelése.

**Weisz:** A Bier-féle pangási hyperaemiát *Haberern* tanár osztályán több esetben látta alkalmazni főleg gonitiseknél (arthritis gonorrhoeicánál), azután furunculosisnál és csakugyan megerősítheti az előadók sikeres eredményeit. Hogy a szívókészülék tényleg nem szabad túlságosan rányomni a bőrre, arról tanuskodik egy furunculosis esete, a hol az erős szívás folytán a bőr alatti kötőszövetben haematoma támadt.

**Csillag Jakab:** Pityriasis pilaris Devergie esete. A beteg 68 éves, nős vendéglős, ki 6 hó előtt teljesen egészséges volt, a midőn hajzatos fejbőrén egy koronányi viszkető száraz kiütést vett észre,

mely fokozatosan kiterjedt egész fejbőrére, az arcára, nyakára. Majd törzsén és végtagjain jelentkeztek részint csoportosan, részint elszórtan gombostüfej-kölesnyi, hámló, száraz göcsök, melyek azután összefolyva a köztakaró nagy részét elborították. A beteg panaszát a kiütésen kívül elég intenzív viszketés képezi. Különböző teljesen egészségesnek érzi magát. Bőrbántalához hasonló a családjában nem fordult elő.

A beteg állapota Róna tanár osztályára való felvétele alkalmával, 1906. márczius 18.-án a következő volt:

Jól fejlett és táplált középtemertű egyén, kinek fején és arcán a bőr diffuze hyperaemiás, mérsékelt korpázó, a nyakán, mellén és hátán a szőrtüszők nagy része kis fokban hyperaemiás és nyílásukból kis, kúp alakú, erősen tapadó és így nehezen eltávolítható szárcsapok emelkednek ki. Az így elváltozott szőrtüszők részben kisebb-nagyobb csoportokban, részben különállóan, részben hyperaemiás alapjukkal összefolyt szabálytalan plaqueok alakjában láthatók. A bőr ezen megbetegedett részei tapintásnál reszelőszerűek a kiálló szárcsapoktól. Az alsó és felső végtagok összes felületein a bőr diffuze hyperaemiás, mérsékelt korpázó. Az összes szőrtüszőnyílásokban szárcsapok vannak.

A beteg étvágya, közérzete, a mérsékelt viszketéstől eltekintve, jó; hőmérséke rendes.

A megkülönböztető kórisme tekintetében ez esetben három kór-alak jöhet számításba: a psoriasis vulgaris, a lichen planus Wilsoni és a pityriasis pilaris Devergie (= lichen ruber Hebra = lichen ruber acuminatus Kaposi).

A psoriasis vulgarisnak csak azon ritka alakjáról lehetne ez esetben szó, mely a szőrtüszőnyílások tájáról indul ki, azonban a psoriasis vulgaris ez alakjánál is az efflorescentiát fedő pikkely könnyen leemelhető és már gyöngye vakarásra is jelentkezik a psoriasis vulgaris összes alakjaira jellegző gyors pontszerű vérzés; a psoriasis vulgarisnál ezenkívül az efflorescentiák körkörös alakban való tovaterjedésre hajlamosak. Esetünkben mind e jelek hiányzanak.

A lichen planus Wilson elemi laesioi tipikusak: sokszögűek, viaszszerűen fénylők, középtük köldökszerűen behúzódtak; a szóban levő esetben ily efflorescentiák nem láthatók.

Megfelelnek azonban ez esetben az összes tünetek azon ritkán észlelhető dermatosisnak, melyet Devergie irt le először pityriasis pilaris néven és mely körül a mult század nyolczvanas éveiben élénk vita folyt, vajjon nem egy formája-e a lichen planus Wilsoninak és pedig az, melyet Hebra irt le lichen ruber név alatt és Kaposi megkülönböztetésül a lichen planustól lichen ruber acuminatusnak nevezett el, a míg végül tisztázódtak az eszmék és ma már a pityriasis pilaris Devergie azonos-sága a lichen ruber acuminatussal és önálló dermatosis-volta általánosan elfogadott.

Aetiologiája teljesen homályos.

A kezeléssel legfeljebb időleges javulást eredményezhetünk a tünetekben, de a teljes gyógyulást el nem érhetjük.

**Csillag Jakab:** Erythema exsudativum recens luesben szenvedő egyénen. Róna tanár kórházi osztályán nem ritkán van alkalmunk észlelni az erythema exsudativum multiformekönnyebb és súlyosabb alakjait a syphilis recens stadiumában szenvedő egyénekben, vagy röviddel megelőzve az általános eruptiót, vagy ezzel egyidőben és fedve ezt. Néhány év előtt a Közkórházi Orvostársulat ülésén demonstráltam el néhány esetet. Azóta egész sorát az eseteknek volt alkalmunk megfigyelni, úgy hogy ámbár szemünk előtt lebegett a véletlen coincidentia erythema exsudativum multiforme és lues között egy egyénen, mégis az ily eseteknek gyakori látása önként felébresztette bennünk azon gondolatot, vajjon nem termel-e a lues okozója a rendszeren kívül néha olyan toxinokat is, melyek ezen erythemákat előidézik.

A szóban levő esetek sorába tartozik a következő is: K. F., 22 éves, kocsifényező, ki 1905. december hóban Róna osztályán inunctiókat végzett recens luese ellen, néhány nappal a kórházból távozása után a szájnálkahártya különböző helyein újlag kiütéseket kapott, melyeket ambulantiánkon időnként ecseteltetett; 1906. márczius 19.-én lázas lett és ugyanakkor kiütések jelentkeztek köztakaróján, melyek miatt ismét felvettette magát 1906. márczius 25.-én az osztályra.

Állapota ekkor a következő volt: Hőmérsék 37.60. Sclerosis nyoma a fityma bellemében. Nagyfokú polyadenitis. Törzsén, felső végtagjain, főleg a hónaljgödör szélein, továbbá hátán sűrűn kendermag-körömyi és nagyobb, élénk hyperaemiás, oedemás infiltratumok láthatók; a régi papulamaradványok körül széles udvar alakjában élénk hyperaemia van ép úgy, mint tuberculin-injectio után tuberculosos bőrelváltozások körül szokott lenni. A szájrúben az alsó ajkon, továbbá a garatveken erodált papulák találhatók.

A beteg márczius 31.-én távozott az osztályról nagyrészt visszafejlődött exanthemákkal.

A köztakarón levő exanthemának élénk hyperaemiás volta a syphilis papulák sötétebb, barna-vörös színével szemben, az efflorescentiák acut jellege ez utóbbiak idült, lassú visszafejlődési jellegével szemben ezen exanthema nem megszokott syphilises jellegét demonstrálják és azt, hogy itt is egy a syphilis recens tünetében szenvedő egyénnél jelentkezett az erythema, melynél, különösen localisatioja miatt a régi papulanyomok körül, nem zárkozzhatunk el a fent jelzett gondolat elől.

**Csillag Jakab:** Trichophytia profunda esete. Hogy a trichophyton tonsurans mily nagy kiterjedésű és mely genyenedéseket tud előidézni, azt a legjobban szemléltetik az úgynevezett trichophytia profunda-esetek. Ilyen a következő eset is: R. L., 24 éves, kocsis, ki 1906.



március 10.-én került osztályunkra, 2 hét előtt borbélynál borotválkozás után közvetlenül a jobb arcfelének kipirulását vette észre, majd másnap telve lett pattanásokkal, később egész arcza megdagadt, állán és nyakán is jelentkeztek pörsekenések és genyedő területek. Lassanként lázas lett, étvágya is megcsökken.

Bejövételkor állapota a következő volt: Hőmérsék 38 C°. Az arc szakállas része hyperaemiás-oedemás és nagyrészt beszáradt vartömegekkel fedett. Az áll alatt mesterséges redők által elválasztva egész gumabtojásnyi, lapos, hullámzó daganatok találhatók hyperaemiás-oedemás és varral fedett bőrrel borítva. A nevezett területeken kívül az arc többi részén, de a tarkón és a vállon is, részben elszórtan, koronányi és nagyobb kör alakú csoportokban fehéres és halványbarnás bennéki, mákszem-köles nagyságú pustulák láthatók nagyrészt a szőrtüszőnyílásoknak megfelelőleg. Egyes kerek csoportok helyei a pustulák beszáradása és a varok leesése folytán már csak hyperaemiás barnás foltok alakjában láthatók. A köztakaró többi részén elváltozás nincs.

Első pillanatra staphylococcusos pyodermitisre gondoltunk a nagy tályogok és elszórt, csoportos pustulák jelenléte, valamint a betegnek március 20.-ig fennállott állandó lázas állapota miatt; azonban a rendszeres górcsói vizsgálat a trichophyton tonsurans jelenlétét az elváltozásokban kétségtelenül kiderítette és így nyilvánvalóvá lett, hogy trichophytia profundával (= sycosis parasitaria s. hyphomycetia) van dolgunk.

A kezelés a beteg terület szőrzetének leborotválásából, a tályogok megnyitása és kiürítéséből, a beteg szőrszálak epilatiojából és 50% salicyltapaszk alkalmazásából állott, a mire a beteg állapota feltűnően javult. (1906. április 9.-én gyógyultán távozott az osztályról.)

**Csillag Jakab: Tuberculosis miliaris ulcerosa esete.** A bőrtuberculosis egyik félése az, mely a tüdő vagy a tápcsatorna tuberculosisához csatlakozik és éppen ezért vagy a szájnnyílás környékére, speciál a szájzugokra, vagy a végbélnyílás környékére szokott lokalizálódni; a bőrtuberculosis ezen féléseit nevezzük tuberculosis miliaris ulcerosának, mivel a nevezett helyeken miliáris tuberculumok alakjában kezdődve aránylag gyors szétesés folytán felületes fekélyződésbe megy át, a mely azután rendszerint lassan terjed tovább.

Esetünk a következő: N. N., 41 éves, nős könyvkötő, ki 1906. március 1.-én vétetett fel osztályunkra,  $\frac{3}{4}$  év előtt kis szemölcszerű kinövést vett észre, mely később genyedni kezdett és kitékelyesedett; eddig minden kísérlete a gyógyítást illetőleg eredménytelen volt.

A beteg különben gyakran szenved székszorulással váltakozó hasmenésekben és az utóbbi hónapokban erősen megsoványodott. Családjában különben tuberculosisról nem tud. Kiállott luesről sem tud.

Stat. pr. Az erősen lesoványodott, phthisicus habitussal bíró beteg végbélnyílásában jobboldalt egy koronányi fekély látható, melynek szélei aláváltak, egyenetlenek. Hőmérsék 38.2 C°. Étvágy gyöngye.

A végbélnyílásban levő fekélyes folyamatnál csak két bántalomról lehet szó: tertiár luesről és tuberculosisról. Az előbbi kizárható már az által, hogy  $\frac{3}{4}$  évi fennállás után nagyobb roncslásokat nem okozott és csak koronányira terjedt, az utóbbit viszont megerősítette egy extirpált darabkáinak szövettani vizsgálata, a mennyiben kifejezett tuberculosis elváltozásokat találtunk a készítményekben.

A kezelés, a mennyiben ily esetekben erről szó lehet, a fekélyes terület elpusztításában áll.

**Róna Sámuel: Lupus erythematodes és acnitis esete.** R. újból bemutatja azon férfibetegét, a kit hasonló címmel már pár év előtt bemutatott. Azóta a lupus eryth. nagy kiterjedést nyert és most újabb acnitis-csomók keletkeztek az alkarok feszítő felületein.

Ez ugyanaz a beteg, a kinek kiirtott nyaki mirigyeiben temérdek tuberculisbacillust találtak annak idején.

**Preis Károly (mint vendég): „A spirochaeta pallida mint diagnosztikai segédeszköz, esetek bemutatásával“** ezímen tart előadást. A spirochaeta pallidát Róna tanár osztályán már hónapok óta rendszeresen felhasználják diagnosztikai segédeszközként olyan esetekben, a hol régebben előbb be kellett várni a klinikai tünetek előbbre fejlődését, hogy a lues diagnózisát biztosan felállíthassák.

A spirochaeta pallidának pozitív lelete, ismereteink mai állása szerint, exact biztossággal dönti el a diagnózist, mert igaz ugyan, hogy a spirochaeta pallidától meg nem különböztethető egyes képleteket elvéve más, nem luetikus bántalmaknál is találhatni, de mindig csak másfajta spirochaetákkal és baktériumokkal vegyest; ha egy praeparatumban tisztán, vagy túlnyomólag csakis tipikus spirochaetákat találunk, úgy ez a lelet magában is elegendő a lues diagnózisára. Bemutat erre nézve két esetet a megfelelő praeparatummokkal.

Az egyiknél lencsényi mély fekély volt jelen, mely ulcus molletől nem volt biztosan megkülönböztethető; a bal inguinális tájon mogyorónyi duzzadt mirigy.

A fekélyből készült praeparatumban számos tipikus spirochaeta pallida. A beteg nyomban kezdte az inunctio kúrát; a fekély maga kétszeri jodoformkötés után megtisztult s jelenleg már tipikus primaer sclerosus képet nyújtja. A másikkal az osztályra való felvételekor tipikus ulcus molle volt jelen, fájdalmas elgenyedt buborék (periadenitis); a fekély és a periadenitis kellő sebészeti eljárásra gyógyult, az utóbbi helyén azonban a mirigy kemény maradt; ebben az esetben a fekélyben nem találtak spirochaeta pallidát, de igenis elég nagy számban a kemény inguinális mirigyből vett punctió nedvében.

Már az utóbbi esetből is kiviláglik, hogy a spirochaeta pallida negatív lelete sohasem szólhat lues ellen, még csak valószínűséggel sem. Igaz ugyan, hogy luetikus termékekben, kivéve a harmadlagosakat, kivétel nélkül jelen vannak, de a vizsgálati technika még nem annyira kifejezett, hogy minden esetben meg is találjuk őket. Minden setre negatív eredménynél ismételt vizsgálatra van szükség.

A mi a festési technikát illeti, ez gyakorlati szempontból is teljesen befejezettnek s megoldottnak mondható.

Mindenekelőtt a praeparatum lehetőleg vékonyan felkenendő, még pedig tárgylemezre! Sikerültéről még a festés előtt úgy győződünk meg, ha kis nagytással ép contourokkal bíró vöröscérsejteket tiszta alapon látunk. Azután láng felett való fixálás után egy harmadára közönséges vízzel megtöltött epruvettába 20-25 csepp Giemsa-oldatot teszünk, felrázzuk, kiöntjük a tárgylemezre s láng felett tartjuk, míg erősen gőzölög, a mikor a festéket leöntjük s újra ráöntjük az epruvettában még megmaradt festékből s újra melegítjük. Így sikerül a praeparatumot háromszor gyors egymásutánban intenzív melegítéssel festeni. A praeparatumot most két csepe vízen rövidesen áthúzzuk, írópapírral leitatjuk s kis nagytással megnézzük; ha a vöröscérsejtek elég intenzív rozsa-színűre vannak festve, úgy a festés sikerült, azaz ilyenkor a spirochaeta pallida már olyan intenzív festődik, hogy többé nem is pallida, hanem sötétre festett s olyan vastag, hogy egyik-másik kis nagytással is látható, persze csavarulatok nélkül.

A vöröscérsejtek tudniillik még nehezebben s halványabban festődnek mint a spirochaeta pallida, úgy hogy az utóbbi rendszerint akkor is tisztán látható, ha vöröscérsejt felett fekszik. Ha azonban a kontrolláló kis nagytással a vöröscérsejtek halványának mutatkoznak, úgy a fenti festési eljárás ismétlődő.

Az egész festési eljárás kellő gyakorlat mellett nem tart tovább két-három percenél.

## A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(Rendes ülés 1906. november hó 8.-án.)

**Borszék Károly: Appendicitis gangraenosa szokatlan fekvésű appendix mellett.**

Sz. Sándor, 22 éves tanító előadja, hogy teljes jólét közepette három nap előtt a vakbél táján erős fájdalmak támadtak; a hideg ki-rázta, sokat esuklott és többször hányt. Hasonló megbetegedése mostanáig nem volt.

1906. május 15.-én vették fel Réczey tanár klinikájára.

Felvételekor a beteg typusos perforatív appendicitis képét mutatja. Igen elesett, halvány; érverése 150, hőmérséke 36.7°. A has egyöntetűen puffadt, nyomásra mindenütt, de különösen az appendix táján fájdalmas. E helyen diffus, elmosódott határu resistentia érezhető, a melynek közepén ötkoronás területen fluctuatio van.

Behozatala után azonnal Schleich-féle infiltrációs anaesthesia mellett typusos appendixmetszéssel megnyitjuk a hasüreget. A peritoneum megnyitása után 2-3 evőkanálnyi sűrű geny ömlik; a tályogüregek fenekén, a vakbél elülső felületén, egész kiterjedésében előtűnik fekszik a 4-5 cm. hosszú feregnyulvány, eredéséhez közel egy lencsényi területen perforálva; a perforációs nyílásban egy kis bélsárkő fekszik. A tályogüreget a szabad hasüreg felé csak igen lazán van eltolkolva. Ezért a feregnyulványt nem távolítjuk el, hanem a tályogüreget szárazon kitörölve, a peritoneumot a bőrhöz kiszegjük és Mikulicz-tampont helyezünk be.

A lefolyás kedvező volt. Tizednapra a tampont eltávolítva, az üreg gyorsan sarjadzott. Az üreg sarjadzásával a feregnyulvány is mind fehérebbé vált, úgy hogy június első felében a sebnyalomból mintegy 2 cm.-nyi darabja a hasfal előtt feküdt.

Június 21.-én a feregnyulványt eltávolítva, a beteg július 6.-án gyógyultán távozott.

A feregnyulvány ezen kedvező elhelyeződésének köszönheti a beteg első sorban, hogy súlyos bajából ilyen könnyen megmenekült.

**Pauntz Sándor:** A bemutatás tárgyát tevő, ritka elhelyeződésű appendicitis-eset párját néhány hónap előtt Hütl sebészeti osztályán észleltem. A 12 éves leányon mintegy 3 év előtt egy a jobb csípő-tányéron elhelyezkedő hasüregtályogot nyitottak meg másutt. A beteg meggyógyult, de az appendicitis műtétének megfelelő ferde metszés közepén egy kis ujjnyi vastag, mintegy  $\frac{1}{2}$  cm.-nyire kiemelkedő, haragos vörös képlet dudorodott elő, a mely nem növekedett, feldörzsölésre vérzett, s a melyre a lefolyt három év alatt a bőr reá húzódnai nem tudott. Hütl, kinek rendelkezésén a beteg jelentkezett, a fent leírt képletet bélnyálkahártyának ismerte fel, s minthogy sem sonda bevezethető nem volt, sem pedig ezen bélnyálkahártyarészletnek megfelelően bélsár sohasem ürült, az előrement tályog és annak typusos elhelyeződése miatt a diagnózist lefolyt appendicitis gangraenosára tette; alkalmasint az appendix vége perforálódott s körülfutó képződött a tályog, melyet megnyitottak; a tályog meggyógyult, zsugorodás folytán a tályog fenekén lévő appendix a sebbe került, a hegbe belerögzült és obliterálódott. A felvétel nélyes-ségét a műtét fényesen igazolta: Hütl a heget kimetszette, s a has-üreget is köröskörül megnyitva, a felemelt heggel együtt az appendixet és coecumot is előhúzták. Az appendix typusos resectioja után a has-



falat rekonstruálta, s a beteg 12 nap múlva per primam gyógyultan hagyta el a kórházat. A készítményt a legközelebbi ülésen lesznek bátor bemutatni.

**Borszék Károly:** Hernia obturatoria incarcerata és volvulus ilei gyógyult esete.

M. István, 26 éves földműves több mint egy év előtt jobboldali, majd néhány hónap előtt baloldali lágyéksérvet kapott. Három nap előtt étkezés után hirtelen nagy fájdalmak jelentkeztek az alhasában; erős hányásinger támadt, többszöri hányással. Ezen időtől fogva sem széke nem volt, sem szelek nem távoztak, noha több ízben alkalmaztak magas beöntéseket. Jelen baja előtt sohasem volt beteg, sérve egyszer sem volt kiszorulva, az utóbbi három nap alatt is mindig könnyen visszajárt.

1906. szeptember 29.-én vették fel Réczey tanár klinikájára. Magas termetű, erőteljes, jól fejlett férfibeteg. Hasa erősen puffadt, elődomborodó, nyomásra mindenütt fájdalmas; a kopogtatási hang felette mindenütt dobos, tőpulatot vagy resistentiát kimutatni sehol sem lehet. A májtompulat megkisebbedett. Jobboldalt gyermekkökönyi lágyéksér, a melynek tartalma élénk korgás kíséretében visszahelyezhető; a lágyécsatorna egy ujjhegyet fogad be, üres.

Czombsér egyik oldalán sincs. A végbél üres, szűkület, daganat nem található. A hólyagban 500 cm<sup>3</sup> tiszta vizelet. A mellkasi szervek épek.

A hőmérsék 38,6°, az érverés 130, kishullámú, könnyen elnyomható, de szabályos.

Vizsgálat alatt folytonosan csuklik és kétszer kifejezetten bélsárszagú hány. A behozatala után alkalmazott magas beöntés teljesen eredménytelen. Tekintve a három nap óta fennálló abszolút szék- és szélrekedést, a nagyfokú meteorismust és a bélsárszagú hányást, a kórimét belső bélelzáródásra tettük és azonnal laparotomiát végeztünk.

Chloroform-narcosisban a köldök felett három ujjnyival kezdődőleg a symphysist vezetett metszéssel megnyitjuk a hasüreget. A megnyitás után kevés, kissé zavaros savó ömlik s nagy mennyiségű erősen tágult vékonybélkaes tolul elő, a melyeken helyenként fibrinlerakódás látható. Az összes vékonybeleket eventeráljuk, mert a tájékozódás a megrepedésig puffadt belek között igen nehéz. A jejunum felől végigtapintva a beleket, csakhamar egy 15–20 cm. hosszú vékonybélrészlet tűnik elő, a mely a többinél sötétebb színű és keményebb tapintatú. Ez a vékonybélkaes több mint 180°-nyira mesenterialis tengelye körül meg van csavarodva; a kaes két szára könnyen szétválaszthatólag össze van tapadva. A visszacsavarás könnyen sikerül; a leszorítási barázda mindkét kaeson mint halvány csík feltalálható; a belfal e helyen elvékonyodva nincs. A csavarodott kaes mesenteriuma meg van vastagodva, rajta helyenként pontszerű és lencsényi vérzések.

Ezen csavarodott rész megoldása után továbbtapintjuk a vékonybeleket; a vakbél felé eső végtől nem nagyon távol a rendkívül erősen tágult vékonybél egy férfikökönyi daganatnak imponáló resistentiába folytatódik. Az elvezető vékonybélkaes, a mely a jobb inguinális sérv tartalmát tevő vakbél felé folytatódik, mintegy két arasznyi hosszú, nem teljesen összeesett ugyan, de csak alig felényire tágult, mint az odavezető kaes. Az első pillanatban invaginátiónak tartott resistentia közelebbi vizsgálata kimutatja, hogy a sérvtömlő, a mely a hólyag jobb oldalán foglal helyet és lefelé a mélybe folytatódik; ezen tömlő szájadéka szoros gyűrűt képez és a cseplesztől legyezőszerűleg körülött. A gyűrűt apró bemetszésekkel óvatosan tágítva, tartalmát, körülbelül egy arasznyi vékonybelet, enyhe húzás mellett sikerül kihúzni. Kihúzáskor kevés sérvvíz ömlik. Az előhúzott vékonybélkaes erős korgással azonnal megtelik. A leszorítási barázda mindkét helyen mint anaemiás gyűrű ismerhető fel. A tömlő falát csipőkre fogva rugóztatjuk.

A belek visszahelyezése után a beteget magas medenczefekvésbe hozva, a már említett tömlőt vesszük vizsgálat alá. Ez 8–10 cm. hosszú, elég vaskos falzatú és jobbról felülről az os pubis alá, a foramen obturatorium felé folytatódik; a bevezetett ujj felül és mediálisan csontszélt érez, előtte nagyobb tömegű izomzatot. A tömlő mediális és laterális oldalán erősen érezt. A tömlő előhúzását és izolálását nem kíséreljük meg, hanem üres voltáról meggyőződve, a gyűrű alatt catgut-varrattal zárjuk. Hasfalvarrat. A lefolyás kedvező volt.

Ezen eset is mutatja, hogy milyen nehéz lehet egy hernia obturatoria felismerése még akkor is, ha kizáródott; a tünetekből bél-elzáródást kellett felvennünk, de az összes sérvkapukat végigvizsgálva, az elzáródás okát megtalálni nem tudtuk. Hernia obtur.-ra annál kevésbé gondoltunk, mert az irodalomban közölt eseteknek több mint 70%-ában a sérv ezen ritka alakja öreg asszonyoknál fordult elő. Mindazok a tünetek, a melyeket a kizárt obturatorius sérv jellemző sajátságaként ismerünk, hiányoztak a betegnél. A kóros oldali czomb nem volt abdukálva, a pectineus tájéka, a Scarpa-féle háromszög nyomásra nem volt fájdalmas és utólag kikérdezve a beteget, még a Rimbeg-féle tünet, a nervus obturatorius nyomása következtében támadó kisugárzó fájdalom is hiányzott.

Poirier az obturatorius sérveknek három fajtáját különbözteti meg: az elsőnél a sérvtömlő áthalad a canalis obt. egész hosszában, megjelenik ennek külső nyílásában és elterül a musculus obturat. int. felett, fedve elül a musc. pectineustól. A második fajtánál a sérv benyomul a musculus obtur. ext. felső és középső rostjai közé. A harmadik fajta a legritkább; ennél a sérvtömlő a membrana obturatoria

két lemeze között foglal helyet és a musc. obt. ext. mögött foglal helyet.

Minthogy ilyenkor a sérvet kívülről még a musc. pectineus fed, felismerése jóformán lehetetlen. Ilyen elhelyeződésű lehetett a sérv a mi esetünkben.

## A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(VI. rendes ülés 1906. október 30.-án.)

Elnök: Navratil Imre. Jegyző: Zwilling Hugó.

### A rostasejtek empyemája orbitalis phlegmone kíséretében.

**Lipscher Sándor:** A 66 éves férfi előadja, hogy orrának bal felén már hosszabb idő óta nem kap levegőt, mely baja miatt szakorvoshoz fordult, a ki f. é. augusztus hóban megoperálta; ezt az operációt még két operatio követte. Az utolsó operatio után szeme dagadni kezdett és látását elvesztette. Ezen idő óta a feje fáj és szédül.

Szembaja miatt szemosztályra vettette fel magát, onnan 1906. október 10.-én osztályunkra tétetett át.

A bal felső szemhéj tyúktójasnyira meg van dagadva, rajta 5 cm. hosszú harántmetszés, melyen sűrű sárga geny ürül. A bulbus helyéből ki- és befelé van tolva, a pupilla nem reagál, fényérzés nincs. Az alsó szemhéj conjunctivája erősen prolabált.

Az orr bal fele telve van sűrű, sárga genyvel, melynek kitisztítása után az alsó és középső kagyló erősen megvastagodottnak és sűrű granulatiókkal fedettnak látszik; minthogy a sarjak igen érzékenyek mutatkoztak, azon gyanút keltették, vajjon nem állékplettel van-e dolgunk; azért próbaexcisio történt, a mely sarjszövetképződéssel járó lobos folyamatot derített ki.

A kemény szájjad bal oldalán egy fillérnyi területen a nyálkahártya elődomborodik, hullámzik, a mellette levő első molaris hiányzik, helyén granulatiók vannak és szondával könnyen a Highmor-üregbe lehet jutni.

Első sorban a genynek az orrból szabad kifolyást kellett biztosítani, a miért is a középső kagyló elülső részét resécáltam, és mint-hogy a rostasejtek falai nagyrészt necrotikusak voltak, kanállal kikapartam; csontlemezekkel együtt sok genyes detritus távozott. Miután kifecskeztetem az üreget, kitamponáltam 24 órára az erős vérzés miatt.

A Highmor-üreget a meglévő alveoláris nyíláson át kiöblítettem, a mikor is kevés szagtalan váladék ürült. Hogy ez csak másodlagos megbetegedés, valószínű, mert az orrbeli elváltozások régebbi keletűek. Az orbitalis phlegmone napról napra javult, a felső szemhéjon lévő nyílás betapadt, a bulbus mindinkább visszament a helyére és a szemrés tágult; a fejfájások alábbhagytak. A genyedés az orrban kis mértékben még fennáll.

Valószínű, hogy az orrban, melyből állítólag polypusokat távolítottak el, fertőzés történt, a mely áterjedt a retrobulbaris kötőszövetre, neuritis optica okozott, melynek következtében a szem megvakult.

Azon esetekben, hol atrophia nervi optici még nem keletkezett s a genyretentiót kellő időben megszüntettük, a látás még visszatér; ily esetet említ Richet, hol teljes kétoldali amaurosis volt jelen. Ha azonban aggasztó tünetek mutatkoznak, endonasalis operatioval kellő eredményt már nem érünk el.

**Polyák Lajos:** Valószínű, hogy a betegnek régebbi idő óta Highmor-üreg empyemája volt. A polypusok eltávolítása után a rostasejtekből geny jött és azután támadt az orbitalis phlegmone. Valószínű az is, hogy az előző műtét alkalmával történt a fertőzés. Az ilyen műtéteket egy ülésben kell végezni és mindent ki kell takarítani.

**Navratil Dezső:** Az egy ülésben való operatio kockázatos dolog lehet. A mikor orbitalis folyamat van jelen, a szülő nem operálna endonasalisán, hanem kívülről. A Dollinger-klinikán volt egy javuló orbitalis phlegmone, mely rostasejtgenyedsébből indult ki. De az operatiónál kávéskanállyal eltökelt genyre akadtak. Killian-féle alsó metszéssel kell feltárni az üreget.

**Navratil Imre:** Polyák véleménye az egy ülésben való operatioról kifogásolhatatlan. Navratil Dezső a bemutatott esetre vonatkozólag gondolja a külső operálást. Valószínű, hogy a bemutatott esetben a másutt végzett polypmütét alkalmával történt az infectio.

**Baumgarten Egmont:** A polypusok teljes kiirtása néha egy ülésben kivihető. Ha a polypusok el vannak távolítva, a Highmor-üreg megnyitandó és kitisztítandó. Csak azután derül ki, hogy a rostasejtekkel kell-e valamit és mit tenni, esetleg az orbita felől megnyitni. Néha endonasalis úton végzett operatiók után is javul a látás, kivált acut esetekben.

**Polyák Lajos:** Az egy ülésben való beavatkozást a polypusok kitakarítására értette, csak ha az endonasalis beavatkozás nem vezet célra, hajlandó a nagyobb külső beavatkozásra. Endonasalisán operál, ha fulminans veszély nincs. Ha a belső műtét nem elegendő, akkor avatkozik be külsőleg.

**Donogány:** Az az eljárás indokolt, mely a beteget meggyógyítja. Előbb endonasalisán kell operálni, lehetőleg egy ülésben, csak ha ez nem segít, következik a nagyobb beavatkozás.



## Orrdaganat esete.

**Lipscher Sándor:** A 35 éves nőbeteg f. é. október 15.-én jelentkezett osztályunkon azon panaszszal, hogy orrának jobb felén már hosszabb idő óta nem kap levegőt. Fájdalmai, vérzései vagy egyéb panaszai nem voltak.

A jobb orrba tekintve, rögtön feltűnik egy sima felületű, elég kemény, mozgatható, gömbölyű daganat, mely az egész üreget kitölti. Cocainozás után alig húzódik össze, úgy hogy csak nehezen lehetett hideg kacsot mellébe bevezetni, melylyel 4 mogyorónagyságú daganatot távolítottam el.

Az orr lumene teljesen szabadná vált és a kiindulási pont a középső kagyló felett, széles alapon látszik. A daganat összes részeiben egyenmő, sima metszfelületet mutat.

A kórszövettani lelet, melyet Krompecher tanár szivességének köszönhetünk, a következő: feltűnő a daganat rendkívüli sejtgazdagsága, a mely körülmény, noha a sejteknek nagyobb fokú polymorphismus nem észlelhető, sem mitosisok nem találhatók, a jó vagy rosszindulatúság megírálása szempontjából figyelembe veendő, a mennyiben tapasztalat szerint ilyen daganatok recidivára hajlamosak.

Ezek alapján, noha a szövettani lelet csak *sejtdús fibroma*, nem pedig fibrosarcoma felvételre jogosít, az eset további klinikai megfigyelése ajánlatos.

## PÁLYÁZATOK.

5240/906. sz.

A járáson területén alakított XXI. orvosi kör körorvosi állásának betöltése céljából ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kívánó orvosokat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket, netáni eddigi alkalmaztatásukat feltüntető működési bizonyítványaikkal együtt, jó 1907. évi január hó 15.-éig annál is inkább nyújtsák be hatóságomnál, mert a később beérkezőket figyelmen kívül fogom hagyni. A választás napját a pályázati idő lejártával fogom megállapítani s arról pályázókat értesíteni.

A betöltendő körorvosi állomás székhelye a járási székhelyt képező Kiszuczaujhely nagyközség. A XXI. orvosi körbe vont községek lélekszáma 10,179 lélek.

A körorvos javadalma 1200 korona évi törzsfizetésből, a törvényhatóságilag megállapított látogatási díjakból, ezen látogatásokkal kapcsolatos természetbeni fuvar vagy az ennek megfelelő úti költségekből, a halottszemle- és himnlőtáti díjakból áll. Hivatalos kötelemi körébe a trachomakezelés is tartozik.

A körbe vont községek a körorvos választásánál alább feltüntetett számú képviselőtestületi tagokkal vesznek részt:

Kiszuczaujhely 10; Gerebes (Povina) 3; Radola 3; Ujhelyszabadi (Bud; Lehotá) 2; Neszlény (Neszlusa) 4; Kisrudas (Kis-Rudina) 2; Nagyrudas (Nagy-Rudina) 3; Rezsőfalva (Rudinszka) 3; Felsővadas (Felső-Vadiczó) 4; Középvadas (Közép-Vadiczó) 2; Alsóvadas (Alsó-Vadiczó) 2; Kaszásrét (Kotres-Lucska) 2; Lapus (Lopusna) 2; Pázsitos (Pazsitje) 2; Borodnó (Brodnó) 3; Ökért (Oskerda) 2; Havas (Szusznicza) 3 és Varjad (Vranje) 2 képv. test. taggal.

A közszolgálat szempontjából óhajtott volna, hogy pályázók a velük közlendő választási határnapon, esetleg azt megelőzőleg hatóságomnál személyesen megjelennének.

Ezen pályázati hirdetményemet a „Vm. Hiv. Lapban” és a körbe vont községek költségére az „Orvosi Hetilapban” és az „Országos Orvos-Szövetség Hiv. Lapjában” közölni rendelem.

Kiszuczaujhely, Trencsén vm., 1906. évi december hó 12.-én.

2-2

Csell. Jenő, járási főszolgabíró.

2501/906. igazg. sz.

A pécsvárosi közpórház elmeógyászati osztályán lemondás folytán megüresedett másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában előírt minősítésüket, eddigi alkalmaztatásukat, erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányaikkal és orvostudói oklevélükkel felszerelt és mélt. Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címzett kérvényeiket hozzám legkésőbb január hó 15.-éig bejuttassák.

A kinevezendő másodorvos évi javadalmazása 1500 korona fizetés, természetbeni lakás és I. oszt. ételmezés.

A kórházi alapszabályok értelmében a másodorvosok két évre neveztetnek ki, mely idő az igazgató előterjesztésére egy évvel meghosszabbítható. Oly másodorvosok, kik ezen idő alatt kiváló szakértelmet, szorgalmat tanúsítottak, a főispán által, a kórházigazgató meghallgatásával, illetve annak előterjesztésére véglegesíthetők. Ideiglenesen esetleg orvosgyakornok is alkalmaztatik másodorvos gyanánt.

Pécs, 1906. évi december hó 3.-án.

Erreth Lajos dr., kir. tanácsos, kórházigazgató.

Magyar királyi vallás és közoktatásügyi miniszter úr 5 Nagyméltósága folyó évi október hó 5.-én 86,641. sz. alatt kelt magas rendeletével a diósgyőri gyártelepi társulada kórházát, illetőleg annak sebészeti osztályát egy gyakornok felvételére jogosította fel.

Ezen orvosgyakornoki állásra ezenrel pályázatot hirdetek.

Az állással szabad lakás, fűtés, világítás, ételmezés és havi 66 korona 66 fillér segélydíj élvezete van egybekötve.

Felhívom a pályázni szándékozó orvostudor urakat, hogy pályázati kérvényeiket alulírott gyár főnökségéhez (Diósgyőr-Gyártelep) mielőbb nyújtsák be.

Diósgyőr, 1906. évi december hó 13.-án.

2-2

Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár.  
Fleischmann, főfelügyelő, gyárfőnök.

3798/906. sz.

Somogy vármegye közpórházában Kaposvárott ujonnan szervezett 1000 kor. fizetés, lakás, fűtés, világítás és ételmezéssel javadalmazott alorvosi állásra pályázatot hirdetek. A kinevezés két évre szól és esetleg meghosszabbítható.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy Kapotsfy Jenő főispán úrhoz címzett kérvényeiket 1906. évi december hó 31.-éig a kórházigazgatóságához nyújtsák be.

Az itt töltött alorvosi szolgálat a szülészet kivételével a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámíttatik.

Kaposvár, 1906. évi december hó 14.-én.

2-2

Szigeti Gyula Sándor dr., igazgató-főorvos.

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator



kínáló sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csíramentes!

Lapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás Igazgatóságánál Bonyhódon.

Amerikai rendszerű

hygienikus központi légfűtés

egy családos házak, villák,

sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára.

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!

HOFFMANN MIKLÓS magánmérnök, BUDAPEST, VI., Teréz-körút 35. szám.  
Telefon 96-96.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A  
**LYSOFORM**  
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

Vegyi, gőcsővészeti és bakteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

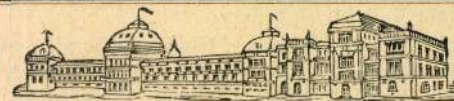
Telefon-szám 26-96.

VI., Andrassy-út 50.

(Oktogon-tér).

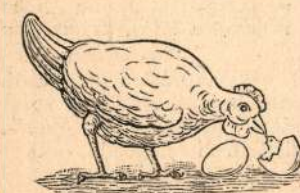
Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomorvedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologiai vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.



Téli fürdőkúra  
a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénforrások. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, vizgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatóságára Budapest-Budán.



Odda

Odda M.R.

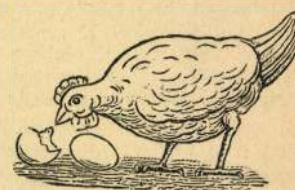
új gyermektápszer

1/1 doboz, 400 gm. tartalommal 2.10 korona  
1/2 " 200 " " 1.15 "

Illékony zsírsavakkal bíró zsírtól mentes, magas phosphor-(lecithin-)tartalom, biztos keverési aránya oldható és oldhatatlan szénhidratoknak.

Gyomorhajások és  
Üdülők részére,

legkönnyebben emészthető és jóízű betegáplálék az „Odda-K.” elve szerint készült és feleltetkeztetve izlésehez alkalmazva.  
1/1 doboz 400 gm. tartalommal  
1/2 " 200 " "



Kísérleti anyagot és irodalmat díjmentesen küld:

Mr. C. RAUPENSTRAUCH,

v. gyógy-szerész

WIEN,

II., Castellez-gasse Nr. 25.





**Pilul. ferri protoxalati c. quassin Korányi.**

Javalt: mindazon esetekben, midőn vas adagolása ajánlatos, vagyis vérszegénység, sápkór, reconvalescentia, női bajok, stb. Quassin-tartalmánál fogva a gyomorra nemhogy káros, hanem étvágyjavító hatása van. Használat: Étkezés közben naponta 3-6 szem veendő. **Ára 2 korona.**

Készítője: **KORÁNYI LAJOS** gyógyszerész, BUDAPEST, VIII., Népszínház-utca 22.

Orvos uraknak minták kívánatra rendelkezésre állanak.

**Málnási**  
**Mária-**  
**forrás**

Természetes alkalikus  
— sós savanyúvíz. —

A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: **ÉDESKUTY L. BUDAPEST.**

Budapesti képviselő:  
**Nádas Márton.**

Kútkézelőség: **Brassó.**

**Kaliforniai füge-szörp****CALIFIG**

(Név védjegyzve.)



**California Fig Syrup Company**

ismert (Syrup of Figs) készítményeinek újonnan bevezetett és védjegyzett elnevezése.

Kellemes és hatásos rendkívül jóízű hashajtó felnőttek és gyermekek részére.

„CALIFIG“-et a legtapasztaltabb orvosok melegen ajánlják, mintán mindenkor enyhe, ártalmatlan és biztosan ható hashajtószernak bizonyult. Tisztaságánál és kiváló tulajdonságánál fogva a „CALIFIG“ szívesen és gyakran rendeltetik.

**Eladási árak: 1/1 üveg 3 K.; 1/2 üveg 2 K.**

**California Fig Syrup Co., San Francisco, Cal.**

Európai vezérképviselőség:

**Fassett & Johnson, LONDON, Snow Hill 32.**

Főraktár Magyarország részére:

**TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszertára **BUDAPESTEN,**  
VI., Király-utca 12.

„Bayer”

**CONTRATUSSIN**

„Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a  
**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
**Budapest, VI., Andrássy-út 84.**

Minden gyógyszertárban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

**Vegyészeti gyár**  
**Dr. Fritz és Dr. Sachsse**  
Sollenau a S. dbahn

**ALBOFERIN**

egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, foszfor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömeges

90-14% fehérnye, 0-68% vas, 0-324% foszfor.

**Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, Alboferin-tabletták hozzátétel nélkül 100 db. = K. 1.50, Alboferin-chocolade-tabletták 100 db. K. = 1.80.**

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitűnő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérvesztés, vesebajok, reconvalescentia és szoptatás nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

**Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.**



THAIN J.X

Szabadalmazott

**„ENERGIN”**

csukamájolaj-csokoládé.

Kitűnő ízű, csokoládé-tablettákba formált

**csukamájolaj-készítmény.**

Minden egyes tablettá tartalmaz **egy kávés kanál csukamájolajat, 0.20 cale. phosphore, 0.05 lecithint.**

**Specificum: angol kóránál és görvélyes bántalmaknál. Hízoló és erősítő tápszer: vérszegénységnél, ideggyengeségnél, tüdővésznel stb.**

**Gyermekek csemege gyanánt kéri.**

Kapható minden gyógyszertárban és drogeriában.

— Készítő: Szigeti és dr. Szilárd —

**Energín-vállalata, Pécs.**

**SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D. EGGER**

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.  
Kapható minden gyógyszertárban.

**Reiniger, Gebbert & Schall**

**elektrotechnikai gyár**

**Budapest, VIII., Kerepesi-út 19.**  
**Szentkirályi-u. sarkán.**

Különlegesség: Villamos orvosi készülékek, galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endoskopia stb. orvosi kaposoló készülékek villamos fényvezetékhez.

**Röntgen-berendezések.**

Villamos fény-gyógykészülékek.

Gazdagon illusztrált árjegyzék ingyen és bérmentve.

**MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.**

Modernül berendezett intézet **tüdőbetegek** számára.  
Mérsékelt árak. Prospektus.

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

**WIEN, I,**  
**Wollzeile 40.**





*C.F. Boehringer & Soehne*  
**Mannheim - Waldhof**

**Ferratin és**  
**Ferratosé** (Liquor ferratini)

**Jod-Ferratosé**

**Arsen-Ferratosé**

**Lactophenin**

**Theophyllin**

**Cerolin**

**Filmaron**

**Lactoserve**

mint „természetes vastáplálék” javalva anaemia, chlorosis, általános testi gyengeség és a lábadozás alkalmával. Eredeti üvegek 25 gm. Ferratint vagy 250 gm. Ferratoset tartalmaznak, utóbbi betegségyőzpénztári csomagolásban is kapható.

(Syrup. Ferratini jodat.) 0.3% Fe és 0.3% J. Javalatok: Nagyfokú görvélykór, rachitis, idült endometritis, malaria és syphilis és dermatosok utókezelését (kitűnő roborans és tonicum). Eredeti üvegek 250 gm. tartalommal, betegségyőzpénztári csomagolásban is kapható.

szerves Arsen-vasfehérnyé-vegyülék 0.3% Fe és 0.003% As-el. Észszerű és hathatós Arsen-vaskészítmény. Eredeti üveg 250 gm. Adag felnőttek részére 3—4 teáskanállal naponta.

legmegbízhatóbb antipyreticum, antineuralgium, sedativum, különösen bevált typhus abdominalisnál.

kiváló húgyhajtó. Theophyllin-tabletták és a könnyen oldó Theophyll. natrioacetic. eredeti csomagolásban.

az erjesztő therapeut. hatékony zsiranyaga kitűnően bevált furunculosis, akne és mint legenyhébb hashajtószert habitualis obstipatio ellen hosszabb kúrára. Cerolin-pilulák (eredeti csomagolás) 0.10 gm. Cerolin-tejezúkor-tabletták (eredeti csomagolás) 0.025 gm.

a Farngyökérből nyert Anthelminthikum. Extr. Fil. mar. aet.-hez ellentétileg biztos hatású és nem mérgező. Adag: felnőtteknek 0.7—1.0 gm.

vajastej poralakban, felülmúlja a friss vajastejet, mivel a pathogen csiráktól mentes; magas tápérték és mindig egyforma minőség. Eredeti dobozokban 250 gm.

Irodalom és minták az orvos uraknak díjmentesen állnak rendelkezésre.



# A legjobb 4

tápszer, melyet a jelenkor produkál, a:

**Perdynamin**

**Lecithin-Perdynamin**

**Perdynamin-Kakao**

**Lecitogen**

Javalatok: sápkór, vérszegénység, leukaemia, phthisis, reconvalescentia, idegbajok.

Szabadalomtulajdonos:

**H. Barkowski, Berlin D. 27, Alexanderstrasse 22.**

Képviselő: Ausztria-Magyarország részére:

**Mr. Camillo Raupenstrauch, kiérd. gyógyszerész,**  
Wien II/1, Castellezgasse 25.

Legnagyobb kitüntetésekkel.

Irodalom és minták bármikor ingyen küldetnek.

**Richter Gedeon organotherapiai laboratoriuma,**  
Sas-gyógytár, Budapest, Üllői-út 105.

## BROMLECITHIN RICHTER

Szabadalmazva. Tartalmaz 30% bromot.

A BROMNAK a LECITHINNEL való szerves vegyülete.

Javalatok: Neurasthenia, anaemia, chlorosis, rachitis, scrophulosis, diabetes mellitus, gyengeségi állapotok. Minden lepényke tartalmaz 5 cgm. bromlecithint. Egy üveg tartalmaz 100 lepénykét. Ára egy üvegnek 5 korona. Napjában 3-szor 2—3 lepénykét.

## NEOTTIN

(LECITHINALBUMIN) szabadalmazva.

Elsőrangú erős LECITHIN fehérjetartalommal bíró tápszer. Gyorsan képes súlyt szaporítani, testet erősíteni. Könnyen szívódik fel a gyomorban.

Tartalmaz: 47.25% fehérjét. 31.0 lecithint. Ára 50 gm.-nak 3 korona 60 fillér, 25 gm.-nak 2 korona.

## Budapesti Központi Tejesarnok-Szövetkezet

VII., Rottenbiller-utca 31.

Elismert kiváló minőségű palacktejen, pasteurizált tejen és tejtermékeken kívül szállít

## Székely-féle gyermektejet

1 üveg 0.2 liter ... ára 12 fillér.  
1 " 0.1 " ... " 8 "

A Székely-féle gyermektej a legjobb anyatej pótló tej csecsemők számára.

**Székely-féle diaetikus tej** gyomor-  
betegnek,  
**Székely-féle diaetikus tej** cukor-  
betegnek.

120 fiók saját kezelésben.

Telefon 57-04.